CONCOURS D'AGRÉGATION (Section Chirurgie et Accouchements)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Albert DEBEYRE

Avril 1907

LILLE
É. DUFRÉNOY, ÉDITEUR
8, rue Jean-Bart
1907

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Lille
Concours 1900. — N° 1.

Interne des Hôpitaux de Lille
Concours 1901.

Chirurgie et Gynécologie
Service de M. Folet. 1903.

Chirurgie Infantile et Orthopédie
Service de M. Gaudier. 1904.

Radiographie et Maladies cutanées
Service de M. Charmeil. Fin 1904.

Accouchements d'urgence
Service de M. Oui. Années 1902-1903 et 1903-1904.

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine
Juillet 1904.

Chef de Travaux pratiques d'Histologie
1905

Aide de Clinique Chirurgicale des Enfants
Concours 1904.

RÉCOMPENSES

Lauréat de la Faculté des Sciences
Licence
PRIX DU CONSEIL GÉNÉRAL DU NORD (Médaille d'Argent) 1898.

Lauréat de la Faculté de Médecine
CONCOURS DE FIN D'ANNÉE 1899.
CONCOURS DE FIN D'ANNÉE 1900.
PRIX DES AMIS DE L'UNIVERSITÉ 1903.

Lauréat de la Société de Médecine du Nord
(Médaille de Bronze) 1903.

Lauréat du Comité de Vaccine
(Médaille de Bronze) 1903.

Lauréat de la Subvention Philippart
1903.
(PRIX DE 1200 FRANCS)
Attribué par la Faculté de Médecine réunie en Assemblée,
à l'étudiant qui s'est le plus distingué dans le cours de ses études médicales.

Médaille d'Or 1904. PREMIER PRIX DE THÈSE.

ENSEIGNEMENT

A L'HÔPITAL :

Comme aide de Clinique chirurgicale infantile :

Conférences cliniques aux Stagiaires du Service ;

2° Démonstrations et applications d'Appareils ;

3° Suppléance du professeur dans les visites hospitalières et dans les contre-visites du soir.

Années 1905, 1906 et 1907.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE :

Moniteur des travaux pratiques d'Histologie

Années 1899 à 1904.

Chef des travaux

Années 1905, 1906, 1907.

Conférences d'internat : 1905, 1906, 1907.

Conférences aux élèves candidats à l'école du service de santé de Lyon. 1905.

Conférences aux étudiants de première et de seconde année.

Semestre d'été : Samedi 2 à 3 h.

1905. — *Système lymphatique.*

Appareils thyroïdien et thymique.

1906. — *Organes des sens.*

1907. — *Organes génito urinaires.*

Conférences d'Anatomie et de Petite Chirurgie à l'***Union des Femmes de France*** : 1907, Lille.

VOYAGES ET DÉLÉGATIONS UNIVERSITAIRES

Voyages dans les Universités suisses de Bâle, Zurich et Genève, 1905.

Voyages dans les Universités allemandes de Strasbourg, Fribourg en Brisgau, Heidelberg, Bonn, Wurtzbourg, 1905. — Assistant bénévole à l'Institut d'Anatomie et à l'Institut de Chirurgie de Fribourg en Brisgau (Janvier-Février 1905.

Voyage dans les Collèges médicaux de Londres.
(Délégation du Conseil de l'Université de Lille, 1905).

Séjour à Bonn, 1906, avec M. Gaudier. — Etude des méthodes de Bier.

Séjour à Heidelberg, 1907, avec M. Gaudier. — Etude de la transplantation des tendons. Pr. Vulpius.

Membre titulaire de la Société de Médecine du Nord.

Membre de l'Association des Anatomistes

Collaborateur de la *Bibliographie Anatomique*, de l'*Echo Médical du Nord*, et (avec M. Gaudier, 1907) du *Zentralblatt für chirurgische und mechanische Orthopädie*. Réd. Pr. Vulpius in Heidelberg.

TRAVAUX

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Affections d'origine congénitale.
2. Os et membres.
3. Ophtalmologie.
4. Organes génito-urinaires.
5. Abdomen.

5bis Recherches spéciales sur le *Pancréas*.

6. Diaphragme.
7. Système nerveux.
8. Corps étranger œsophagien. Cancer. Syphilis.
9. Documents divers.

I. AFFECTIONS D'ORIGINE CONGÉNITALE

1904. Angiome de la face. *Bull. Soc. méd. du Nord*, 12 février et in *Echo médical*, p. 93.

1905. Hernie inguinale gauche. *Bull. Soc. centr. méd. du Nord*, 5 juin et in *Echo médical*, p. 317.

Hernie inguinale de la trompe droite kystique. *Bull. Soc. de méd. du Nord*, 27 octobre.

1906. Hernie de la trompe seule chez l'enfant, avec M. Gaudier. in *Echo médical du Nord*, n° 18. p. 185 à 189.

Les méfaits du taxis forcé, in *Echo médical du Nord*, n° 11 p. 110, avec. M. Arquembourg.

Côte surnuméraire cervicale, in *Echo médical du Nord*, n° 46, *C. R. Soc. cent. méd. du Nord*, p. 523.

Syndactylie, hypophalangie, et index bifide, avec M. Gaudier, *Revue d'orthopédie*, 2me série, t. VII, p. 335,

Anatomie comparée. Pied bifide chez le cheval. Maxillaire inférieur de bovidé : anomalies dentaires, in *Echo médical du Nord*, n° 46.

Tumeur veineuse communicante congénitale, in article M. Gaudier. *Echo médical du Nord*, n° 50, p. 570.

1907. Méningocèle ou cytencéphalocèle de Herrmann in *Echo médical du Nord*, p. 145 à 149.

Tumeur sacro-coccygienne, in *Bull. Soc. centr. du Nord*, Séance du 8 mars.

1907. Continuité apparente entre le lobe gauche du foie et la rate chez l'enfant. *Bull. de la Soc. centr. de Méd.* et in *Echo médical du Nord*, séance 12 avril.

A propos de 300 cas de hernie inguinale congénitale chez l'enfant, traités par un nouveau procédé de cure radicale (Procédé du Pr. Gaudier). Statistique des années 1904, 1905, 1906 et 1907. (*Rapport au Congrès International de chirurgie. Bruxelles 1907*).

---

2. OS ET MEMBRES

1903. Ostéomyélites postvarioliques, in *Echo médical du Nord*, 19 avril, p. 181.

Atrophie du fémur. *Bull. Soc. centrale de méd. du Nord*, séance du 10 juillet.

Moyen d'utiliser les embryons jeunes, impropres à la fixation pour l'étude des premiers stades de l'ossification avec M. Oui. *Echo médical du Nord*, p. 538.

Gangrène de l'auriculaire. *Echo médical du Nord*, p. 574.

Luxation du radius et fracture du cubitus. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord*, 27 novembre.

1904. Epulis. *Echo médical du Nord*, p. 9.

Fracture de l'olécrâne. *Bull. Soc. Cent. de méd. du Nord*, 22 juillet.

Luxation traumatique de la hanche. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord*, 14 octobre.

Ostéo arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord*, 12 février.

Fracture oblique col humérus. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord*, 27 mai.

1905. Fracture mastoïde, blessure de la veine mastoïdienne, otorragie très abondante. In *Echo médical du Nord*, p. 473.

Coxa vara traumatique. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord*, et observation in *article* M. Gaudier. *Echo médical*, p. 17.

Plaie contuse de la jambe et méthode de Bier. *Bull. Soc. cent. de méd. du Nord. Discussion et Echo médical* n° 13, p. 142.

1906. Tumeur blanche fistulisée. *Echo médical du Nord*, n° 43, avec M. Gaudier.

Méthodes de Bier. *C. R. Bull. Soc. cent. méd. du Nord*, séance du 12 octobre.

Corps étranger articulaire. Utilité de la radiographie, avec M. Arquembourg, in *Echo médical du Nord*, p. 119.

1907. Ostéomyélite aiguë bipolaire du tibia droit. — Séquestre constitué par tout l'os. — Au bout de un an et demi reconstitution non complète de l'os. — Subluxation de la jambe en arrière. — Pied-bot acquis par allongement du péroné. — Troubles trophiques. — Amputation probable. *C. R. Soc. cent. méd.* Avril.

3. OPHTALMOLOGIE

1906. Sarcome fibro-plastique de l'orbite. *C. R. Soc. cent. de méd. du Nord*, in *Echo médical du Nord*, p. 143, avec M. Gaudier.

Leucosarcome de l'œil droit, avec M. Gérard, in *Echo médical du Nord*, p. 586, n° 51.

Mélanosarcome de l'œil, in *Nord médical*, *Examen anatomo-pathologique*, avec M. Baudry, octobre.

1907. Epithélioma bulbaire : examen clinique et anatomo-pathologique, avec M. Debève, in *Nord Médical*, avril.

4. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

1903. Epithélioma du prépuce. *C. R. Soc. méd. du Nord* et in *Echo médical*, p. 332.

Fibrôme de l'utérus, in *Echo médical*, p. 117, avec M. Oui.

Fibrôme et dégénérescence myxomateuse, in *Echo médical*, p. 332, avec M. Oui.

Fibrôme pédiculé de l'utérus, in *Echo médical*, p. 575, avec M. Oui.

Salpingo-ovarites, in *Echo médical*, p. 538.

Rupture de la vessie et péritonite généralisée, in *Echo médical*, page 575.

1907. Leiomyôme malin de l'utérus, avec MM. Oui et Arquembourg. *Bull. Soc. méd. du Nord*, et in *Echo médical du Nord*, p. 10.

5. ABDOMEN

1903. Hernies propéritonéales, avec M. Folet, in *Echo médical du Nord*, p. 437.

Occlusion intestinale postopératoire, in *Echo méd.* p. 576.

1906. Plaie contuse de l'aorte, avec M. Tramblin, in *Echo médical*, n° 45, p. 511.

5 bis. PANCRÉAS

1900. Bourgeons pancréatiques multiples sur le conduit hépatique primitif. *C. R. Soc. de Biologie*, 21 juillet.

1901 et **1902**. Collaborateur de M. le Professeur Laguesse. Ligature du canal et greffe pancréatique chez le chien. *C. R. Soc. Biol.* 1902, p. 853.

1901. Développement du pancréas chez les vertébrés, par Conrad Helly, prosecteur à Vienne. Traduction en français. Publiée en partie dans *Thèse Lille*, 1904.

1903. Présentation d'un modèle en cire de bourgeons pancréatiques accessoires tardifs. *5me Session de l'Association des Anatomistes, Liège.*

1904. Valeur du bourgeon hépatique primitif. *Mémoire couronné. Prix des Amis de l'Université. Manuscrit.*

1904. Les bourgeons pancréatiques accessoires tardifs. *Thèse Lille* 1904.

1905. Pancréas accessoire chez un singe : *Cercocebus cynomologus. Travail de l'Institut d'Anatomie de Fribourg en Brisgau*, publié dans la *Bibl. Anat.*, fasc. 3, t. XIV.

1905. Grains de Cl. Bernard et trypsinogène. *C. R. de la Soc. de Biol.* Séance du 22 juillet.

1906. Démonstrations en collaboration avec M. Laguesse. *8me Session de l'Association des Anatomistes, Bordeaux.* Préparations du pancréas de l'âne.

1907. Les îlots endocrines du pancréas chez l'âne. MM. Laguesse et Debeyre. *Bibl. Anat.*, fasc. t. XIV.

6. DIAPHRAGME

1905. *Travail de l'Institut d'Anatomie de l'Université de Fribourg en Brisgau.* Développement du pilier dorsal du diaphragme. Primates. In *Bibl. anat.*, fasc. tome XIV.

7. SYSTÈME NERVEUX

1907. Sur la présence de cellules dans les ébauches des racines antérieures. *9me Session de l'Association des Anatomistes. Lille.*

8. CANCER. SYPHILIS. CORPS ÉTRANGER OESOPHAGIEN

1903. Cancer du sein traité par les rayons X et enlevé chirurgicalement. *C. R. Soc. Centr. méd. du Nord*, in *Écho Médical*, 27 novembre.

1903. Cancer de l'œsophage, rétrécissement du larynx et de la trachée par des masses ganglionnaires. *Bull. de la Soc. Centr. de méd. du Nord*, 18 d. 1903.

1904. Syphilis du larynx, in *Echo Médical du Nord*, 6 Mars, page 117.

Tumeur de la parotide, in *Echo Médical du Nord*, page 9.

1907. Corps étranger de l'œsophage. Œsophagoscopie, avec M. Gaudier, *R. C. Bull. Soc. Méd. du Nord*, 22 Mars 1907, et in *Echo médical*, avril 1907.

DOCUMENTS OU OBSERVATIONS FOURNIS POUR DES THÈSES :

1902. in DENIS. *Thèse Lille*, inspirée par M. CARRIÈRE.
Variations de la formule hémoleucocytaire sous l'influence des médications salicylées. Nombreux examens de sang.

1903. in MILLET, *Thèse Lille*. Les complications osseuses de la variole.

1904. in HERNU. *Thèse Lille*, inspirée par M. OUI.
Contribution à l'étude de la constipation dans les suites de couches.

1905. in DESCARPENTRIES. *Thèse Lille*, inspirée par M. GAUDIER.
La veine mastoïdienne, son importance pathologiqne et chirurgicale.

1906. in BEYAERT. *Thèse Lille*, inspirée par M. GAUDIER.
La hernie de la trompe sans l'ovaire.

1906. in HOCQUETTE. *Thèse Lille*, inspirée par M. GAUDIER.
Manifestations appendiculaires au début de la fièvre typhoïde. (Esquisse d'après 26 observations).

1906. in BOTCAZO. *Thèse Lille*. Des accidents méningés de la pneumonie du sommet.

1906. in BERNARD. *Thèse Lille*. Luxations congénitales de la tête du radius.

1905. Voyage universitaire à Londres. Rapport au Conseil de l'Université. *Écho médical du Nord*, p. 577.

INTRODUCTION

La plupart des faits cliniques recueillis pendant mon internat ou mon clinicat, dans les hôpitaux de Lille, ont été le point de départ de travaux originaux pathogéniques ou anatomo-pathologiques. Les affections d'origine congénitale m'ont intéressé d'une façon toute spéciale et j'ai fait à ce sujet de nombreuses recherches.

J'exposerai également un procédé opératoire de cure radicale de la hernie congénitalo inguinale, chez l'enfant. Ce procédé, employé depuis près de quatre ans, par mon maître M. Gaudier et par moi, nous a donné les meilleurs résultats.

D'autre part, l'étude du pancréas ayant retenu mon attention pendant cinq années, je réunis dans un chapitre spécial tous les travaux se rattachant à cette question. Eclairé par les savants conseils de M. Laguesse, dont j'ai été pendant huit ans le collaborateur, j'estime que le dessin et la reproduction des coupes par les méthodes de reconstruction (graphique ou modèle en cire) ajoutent à la valeur documentaire et facilitent les recherches et les comparaisons ultérieures. La plupart des dessins sont personnels et faits d'après mes préparations ; dans cet exposé analytique, j'en reproduis quelques-uns tirés de mes publications.

I

AFFECTIONS D'ORIGINE CONGÉNITALE OU ANOMALIES

Angiome de la face

Observation clinique et examen anatomo-pathologique d'un angiome opéré de la face.

Les coupes montrent une division en lobules très appréciable. Séparés les uns des autres par de larges bandes de tissu conjonctif, les îlots sont totalement formés non de capillaires, mais de petites artérioles. Dans les espaces interlobulaires, se trouvent des artères et des veines dilatées de moyen calibre.

Par places, on aperçoit des cellules claires, à noyau rejeté à la périphérie : ce sont des cellules adipeuses ; elles sont en assez grand nombre ; parmi elles, on observe des capillaires dilatés et des cellules rondes. La tumeur est un angiolipome.

J'ai eu la bonne fortune d'observer d'autres tumeurs semblables, avec M. Gaudier, et notamment dans la région rétroauriculaire, et récemment encore dans la région scapulaire. Il s'agissait d'angiofibrolipomes.

Hernie inguinale gauche congénitale et Pansement au taffetas d'Angleterre.

Cure radicale par le procédé de M. Gaudier, hémostase complète, suture par les griffes de Michel. Ce n'est pas pour l'opération elle-même que l'enfant est présenté, mais pour le mode de pansement d'usage courant dans le service de M. Gaudier.

Les sutures étant faites, on place sur la plaie opératoire un rectangle de gaze aseptique et au-dessus, sans interposition de ouate, un morceau de taffetas d'Angleterre débordant de quelques centimètres sur le côté de la gaze (fig. 1). Les griffes sont enlevées au bout de quatre jours (enfant de dix-neuf mois); un nouveau pansement est mis jusqu'au lendemain, où il est retiré définitivement. C'est ainsi que nous procédons d'ordinaire, chez les enfants. Au bout de cinq à sept jours, la cicatrice est de bel aspect.

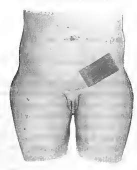


Fig. 1.

Ce pansement, appliqué en Allemagne et en Suisse, dans la plupart des Instituts de chirurgie, satisfait à toutes les exigences :

1° Il maintient les muscles abdominaux, aussi bien que l'ancien pansement ouaté, chez l'enfant.

2° Il empêche l'infection beaucoup mieux que les pansements ouatés qui s'infiltrent d'urine si facilement. L'urine et les matières fécales ne font que glisser sur le taffetas sans jamais intéresser la plaie bien occluse. On n'est pas forcé de changer le pansement chaque jour.

3° En outre, ce procédé présente des avantages nombreux :

a), rapidité d'application;

b), asepsie complète (le pansement est absolument fixe);
c), contention parfaite (par retrait du taffetas devenu sec);
d), économie très appréciable.

Hernie de la trompe sans l'ovaire chez l'enfant

La connaissance des hernies de la trompe utérine sans l'ovaire est de date relativement récente. Elle est contemporaine des progrès de la chirurgie. Dans des hernies affectant des sièges divers, on a noté la présence des trompes, des ovaires, de l'utérus qui peuvent s'y trouver séparément ou simultanément.

Mais la hernie tubaire isolée est un fait rare dans la science médicale : cette rareté constitue un des points remarquables de la hernie de la trompe : la difficulté de son diagnostic n'est pas moins importante à signaler : ces hernies étant le plus souvent des trouvailles d'autopsie ou des surprises d'opération.

Le premier cas relaté date de 1716; il est reproduit dans le travail de Puech, en 1878, d'après Léger de Gouey, maître chirurgien, juré de Rouen; Schultz, dans sa thèse (1898), le cite comme observation. Pour Garrigues (*Thèse de Paris*, 1904), le premier cas de hernie de la trompe seule a été publié par Voigt en 1809. Le second dans la littérature médicale et le premier en France, date de 1834, et appartient à Bérard.

En 1889, paraît le premier travail sur la question. Brunner donnant deux observations très complètes, étudie les accidents de pseudo-étranglement. Dans l'intervalle, on trouve publiés les cas de Scholler (1840), de Aubry (1842), de Dolbeau (1854), de Dupont de Lausanne (1878), de Féré (1879), de Lentz (1882), de Vogel (1886).

Lejars, en 1893, dans la *Revue de Chirurgie*, fait une étude d'ensemble et rassemble onze observations.

En 1895, Koutmine publie un cas de hernie crurale de la trompe, suivi de considérations anatomiques sur la disposition des organes génitaux chez le nouveau-né.

La même année paraissait la statistique de la clinique chirurgicale de Zurich (Henggeler) relatant 276 cas de hernie étranglée, parmi lesquelles deux cas de hernie de la trompe.

Le mémoire de Goepel, en 1886, apporte une observation nouvelle. Vittorio Remedi, dans un travail sur la *hernie de la trompe utérine et de la trompe accessoire* (1898), qui nous fut prêté par M. le Prof. agrégé Lefort, signale les observations de Voigt. Bérard, Aubry, Dolbeau, Dupont, Lentz-Boeckel, Vogël, Brunner, Wigger (1891), Conradi-Voigtel, Bandl-Parker, Lejars, Turgis (1893), Koutmine, Henggeler, Morton et Butler (1894), Goepel, Waldeyer (1896), Thomas-Mac-Ewen (1897), Malherbe (1897), Walter (1897).

Schultz, dans sa thèse, en 1898, nous donne vingt et une observations. Nous y trouvons les faits déjà signalés dans le mémoire de Lejars et en outre les observations de Picqué et Poirier (1892), de Broca (1893), de Guinard et Dudefoy (1893), de Jalaguier (1896), de Wiart (1897), non indiqués dans le travail de Remedi. Il faut ajouter que, de son côté, Remedi présente des observations oubliées par Schultz.

En 1902 paraît la thèse d'Ivanoff, relevant la plupart de ces cas. Morf, en 1901, avait, dans les *Annales de chirurgie de Philadelphie*, étudié la hernie de la trompe, sans hernie de l'ovaire.

La thèse de Garrigues (Paris 1903) renferme quarante-quatre cas. Il y a d'abord trois observations personnelles, puis, outre celles déjà signalées par de précédents auteurs, les cas de Rudolph Frank (1892), Jaboulay, dans la thèse de Vaucher (Lyon, 1895), Maydl (1895), Demoulin (1899), Wiart (1899), Abadie et Dubourg (1899), Odizio (1899), G. de Francisco (1900), Villard (1900), Mariani (1901), Lefort et Davrinche (1902), Lejars (1904).

Pour être complet, nous devrions encore citer la thèse de Sebian (1903), celle de Boulfroy (1904), la thèse de Beyaert (1906), deux articles récents, l'un de Heegard, dans la *Semaine gynécologique* (1905), l'autre de Frank Andrews dans l'*American Journal*, et une observation inédite de M. le Dr Vanverts, avec examen microscopique de M. le Prof. agrégé Carrière.

Nous avons pu constater tout récemment, chez un enfant âgé de quatre mois, la présence d'une hernie de la trompe droite.

Brusquement, la petite tumeur augmentait de volume et atteignait celui d'une très grosse noix. La palpation nous permet de reconnaître que la tumeur n'est pas adhérente à la peau, mais immobile et paraissant fixée sur les plans profonds par un pédi-

cule. Avec beaucoup de réserve, nous avons tenté de la réduire, mais sans trop insister. L'intervention étant faite séance tenante nous reconnaissons au fond, vers le pédicule, la *trompe* à ses franges auxquelles semble appendu un *ovaire* volumineux et noirâtre, comme sphacélé.

Pas d'intestin, pas d'épiploon, pas d'autre organe dans l'intérieur du sac.

Nous tirons sur le pédicule légèrement pour en amener au

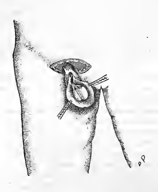


Fig. 2. — Le sac est ouvert : les pinces maintiennent écartés les bords du sac; on aperçoit la trompe tordue, les franges et le caillot sanguin bilobé. Remarquer encore l'incision transversale haute.

dehors la plus grande partie, nous posons une ligature le plus loin possible sur le pédicule, sans rien voir d'anormal et nous sectionnons. Nous terminons par la cure radicale banale et appliquons un pansement simple (gaze simple et taffetas d'Angleterre). L'opération a duré 9 minutes. Nous avons revu l'enfant le lendemain ; il allait bien, ne présentait aucun phénomène thermique : la guérison fut rapide (9 jours).

J'ai examiné les pièces enlevées, comprenant une trompe et ce que nous croyions être un ovaire sphacélé et voici ce que j'ai trouvé.

Sac herniaire. — De forme ovoïde, il a le volume d'une noix, la surface externe est recouverte de quelques fibres musculaires striées, donc elle adhérait aux plans circonvoisins ; la séreuse est légèrement épaissie et infiltrée de globules sanguins.

Pédicule. — Le pédicule apparaît absolument sain ; il a subi sur lui-même un mouvement de torsion, ainsi que le représente la figure 2. Coupé en série, et examiné au microscope, ce pédicule présente tous les caractères de la trompe utérine. La trompe a été sectionnée très haut, une partie de la corne utérine a été « mouchée ». A l'autre extrémité, on aperçoit à peine quelques franges adhérant intimement à la paroi de l'ovaire kystique et confondues avec elle.

La musculeuse de l'oviducte est presque normale, légèrement infiltrée par des bématies ; la muqueuse est complètement dissociée (fig. 3 et fig. 4).

Les franges de la muqueuse sont dispersées dans la lumière du conduit ; quelques-unes pourtant sont encore en place. Le revêtement cellulaire a disparu et l'on aperçoit pêle-mêle dans la cavité du tube des bandes épithéliales plus ou moins longues.

Ovaire. — Cette tumeur arrondie n'est pas un ovaire, mais un simple caillot sanguin datant de quelques jours, et déjà en voie d'organisation ; nous avons scrupuleusement recherché les follicules, nous n'avons rien vu de semblable ; nous avons remarqué seulement la présence d'amas de globules sanguins plus ou moins pressés dans les mailles d'un tissu cellulo-graisseux, avec de place en place quelques fibres conjonctives et des fibres musculaires striées, rares.

Chez l'enfant, la hernie tubaire est toujours congénitale. Les observations se réduisent à un nombre restreint. Nous les avons toutes rappelées dans notre travail.

Nous nous occupons seulement des hernies tubaires chez l'enfant et nous pouvons dire que la hernie inguinale seule a été rencontrée dans le premier âge.

Le caractère congénital semble évident, si l'on considère l'âge

Fig. 3. — Coupe transversale de la trompe utérine normale. *Musc.*, Tunique musculeuse ; *Muq*, Muqueuse ; *E*, épithélium.

Fig. 4. — Coupe transversale de la trompe utérine herniée. *Musc.*, musculeuse ; *E.*, épithélium ; *F.*, franges de la muqueuse.

auquel l'accident s'est produit. La hernie reconnaît pour cause prédisposante, la non oblitération du canal de Nück, jointe à la situation élevée des organes génitaux internes chez l'enfant en bas âge, à la laxité du ligament large et, par suite, à la mobilité de la trompe.

L'existence de hernies tubaires à un degré différent d'évolution, comme dans l'observation de Wiart, démontre l'hypothèse, émise par Cruveilhier (1859), à savoir que la trompe s'engage la première dans le trajet herniaire et attire l'ovaire : « J'ai rencontré deux fois, disait Cruveilhier, dans une hernie, la trompe sans l'ovaire et jamais l'ovaire sans la trompe. »

La hernie de l'oviducte ne donne lieu à aucun symptôme pathognomonique permettant de la reconnaître cliniquement on même de soupçonner la nature réelle de l'affection. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point et le diagnostic n'a, pour ainsi dire, jamais été posé.

Tout se réduit, chez l'enfant, aux signes physiques et les symptômes sont analogues à ceux des hernies congénitales ordinaires. An niveau de la région inguino-labiale, se trouve une tumeur arrondie ou ovoïde, dont le pédicule s'enfonce dans le canal inguinal. Cette tumeur est le plus souvent réductible, sans gargouillement. Pourtant dans le cas de Jalaguier, la réduction se fit avec gargouillement et l'on ne rencontra à l'ouverture du sac, ni intestin, ni épiploon.

La trompe est un organe trop petit pour être nettement reconnu à la palpation et sa présence est tellement rare dans un sac herniaire que l'on n'y pense pas. On ne note pas davantage ces crises douloureuses que l'on remarque dans les hernies de l'ovaire.

On ne peut, chez l'enfant, s'aider du toucher vaginal et de l'exploration de l'utérus.

Le sac ouvert, il peut encore exister un doute dans l'esprit de l'opérateur. Deux signes seulement permettent de lever toute hésitation (Garrigues) : présence à l'une des extrémités de l'organe hernié d'un bouquet de franges, continuité de cet organe avec la corne utérine.

Si, en exerçant une traction sur la trompe, on amène l'ovaire dans la plaie, il s'agit bien de la trompe de Fallope et l'on peut

éliminer d'emblée l'hypothèse de trompe accessoire de ROKITANSKY (1852), dont REMEDI rapporte un cas, et WALTER, une seconde observation. Ce dernier diagnostic n'a qu'une importance secondaire, étant donné la rareté des hernies d'une trompe accessoire.

Cette trompe, pourvue d'un sac herniaire, peut, comme tous les viscères herniés, s'étrangler. Mais on constate rarement le tableau de l'étranglement vrai. Chez l'enfant, on a du pseudo-étranglement par torsion du pédicule. MARTIN avait signalé ces troubles en 1903. La trompe peut être traumatisée, mais elle est toujours, chez l'enfant, saine primitivement. Les symptômes se réduisent à l'irréductibilité, aux vomissements non fécaloïdes, aux selles irrégulières. Dans le cas de SCHOLLER, l'enfant mourut dans les convulsions, mais le petit malade n'avait que dix-neuf jours ; on comprend que les phénomènes réactionnels aient été intenses.

Comme dans notre cas, le tableau clinique revêt parfois un aspect moins sombre. La tumeur de l'aine, irréductible, devient un peu douloureuse ; le ventre n'est pas ballonné, les fonctions restent normales et l'état général n'a pas varié.

Le pronostic apparaît bénin ; la guérison est la règle à la suite d'une intervention chirurgicale. Quel est le traitement de cette affection ?

Nous ne devons nous occuper que de la conduite à tenir envers la trompe, surprise opératoire. Si l'on pouvait faire cliniquement le diagnostic de hernie tubaire, on pourrait envisager deux cas : celui où la hernie est simple et celui où la hernie est étranglée, et conclure que la méthode chirurgicale est toujours le traitement de choix.

Mais, comme la découverte de la trompe au fond du sac est une surprise opératoire, une seule question se pose et il faut la résoudre immédiatement. Doit-on exciser la trompe ? Il faut, comme dit LEJARS « prendre conseil du viscère hernié ». Dans le doute, l'excision est le moyen le plus sûr. Mieux vaut réséquer la trompe que de s'exposer à réduire dans l'abdomen un organe capable d'infecter le péritoine.

Amener à l'extérieur une bonne partie de la trompe, jeter une forte ligature au catgut, cautériser la muqueuse et terminer par une cure radicale, voilà la conduite à tenir. Une dernière recom-

mandation : L'opération doit être menée avec prudence et méthode puisque le diagnostic n'est pas très ferme, en général, dans les tumeurs de la région inguino-labiale, chez la petite fille. Nous préférons l'incision haute et transversale à l'incision oblique et parallèle au grand axe de la tumeur. Le sac, excessivement mince, sera ouvert avec précaution, ou bien l'on s'exposerait, sans aucun doute, à des surprises désagréables.

Nouveau méfait du taxis forcé

La question du taxis a été tellement discutée dans ces dernières années qu'il semble impossible de trouver un argument nouveau contre cette manœuvre. A notre époque où le taxis n'est plus qu'un procédé d'exception. employé en général modérément, le cas, dans lequel un hématome du testicule a pu être produit, présente un certain intérêt.

Il s'agit d'un enfant de 2 ans, présentant une hernie congénitale devenue irréductible : deux médecins ont pratiqué successivement des manœuvres de taxis. Amené à l'hôpital dans un état assez grave, le petit malade est opéré d'urgence.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané infiltrés de sang et considérablement épaissis, étant sectionnés, j'arrive sur une tunique vaginale adhérente au tissu voisin et qui, au lieu d'avoir la minceur ordinaire, présente environ 3 millimètres d'épaisseur ; à première vue on pourrait même croire que l'on se trouve en présence de la musculeuse de l'intestin car les tissus, très rouges, saignent facilement.

On ne peut isoler le cordon compris dans du tissu cellulaire et de la fibrine : il est absolument impossible de le séparer du sac.

Le canal inguinal est fendu sur toute sa hauteur jusqu'à l'amorce herniaire : à ce niveau le sac est très mince et vide....

En dépit du mauvais état des tissus, les suites de l'opération furent excellentes.

Si j'ai tenu à présenter cette observation, c'est dans le but de signaler à ceux qui seraient encore tentés de pratiquer le taxis, un danger auquel on ne pense pas suffisamment en faisant cette

manœuvre chez l'enfant : la possibilité de produire un grave traumatisme.

Les autres inconvénients du taxis ont été signalés des milliers de fois : les cas d'intestins sphacélés, rentrés dans l'abdomen, ne se comptent plus ; les cas de réduction en bloc de la hernie s'observent de temps en temps ; j'en ai relaté un cas avec mon maître, M. le Pr Folet ; la difficulté de fixer l'âge de l'étranglement dans certaines hernies sans symptômes apparents, a été signalée jadis par M. D. Mollière.

Bref, le taxis chez l'enfant est particulièrement dangereux ; la structure fine des tissus, la délicatesse des téguments est une prédisposition à des délabrements graves pour des pressions relativement minimes ; et de plus, si par suite de l'insuccès du taxis, la kélotomie devient nécessaire, cette intervention se fera dans de très mauvaises conditions sur des tissus meurtris, infiltrés de sérosité et de sang : il y aura encore là une source de complications dont la gravité possible n'échappera à personne.

Côte surnuméraire cervicale

Chez une jeune fille de seize ans, existe une tumeur de consistance osseuse, sous-jacente au chef claviculaire du muscle sterno-mastoïdien et plongeant en arrière vers la colonne vertébrale : cette tumeur ressemble à une côte cervicale incomplètement développée ; la radiographie confirme ce diagnostic et montre une côte bien formée à gauche, s'articulant avec un tubercule élargi, parti de la face supérieure de la première côte : à droite, on aperçoit une côte plus petite et plus rudimentaire.

Ces anomalies réversives doivent être considérées, d'après Blanchard, comme fait d'atavisme. Planet insiste sur l'importance de ces anomalies de la septième cervicale au point de vue chirurgical. Leur ablation nécessitée par des compressions du plexus brachial (Kirmisson) peut ne pas toujours être exempte de dangers (Duplay, 1897. Planet, ouverture du cul-de-sac pleural). Ici, aucun phénomène de compression, aucune gêne apparente.

Je rappelle, à ce sujet, qu'il y a lieu de distinguer plusieurs types de côtes surnuméraires cervicales :

1° les unes s'unissent à la première côte soit par un ligament, soit par une articulation à l'aide d'un prolongement du bord supérieur de la première côte, soit par ossification ;

2° les autres s'unissent au sternum.

Elles représentent le développement réversif des racines antérieures des apophyses transverses cervicales. On les rencontre chez les sujets de 15 à 20 ans et de préférence dans le sexe féminin.

N'y a-t-il pas lieu de se demander, si, suivant le principe posé par Geoffroy Saint-Hilaire, les anomalies numériques de côtes ne correspondent pas aux anomalies dans le nombre des vertèbres? M. le Professeur Folet, dans une observation relatée à la Société de Médecine, en 1871 (observation intéressante à plus d'un titre), a attiré l'attention sur cette augmentation possible du nombre des vertèbres. — Mais, en général, l'augmentation des vertèbres porte sur la région dorsale et le nombre des cervicales est presque invariablement fixé à sept.

Syndactylie, Hypophalangie (brachydactylie) et index bifide

Un jeune enfant de 2 ans environ fut amené il y a quelque temps à la consultation. Il présentait de la syndactylie à la main droite. Tout le membre supérieur du côté droit est légèrement atrophié ; le segment huméral est plus court que le correspondant gauche ; le segment anti-brachial apparaît également plus petit que le gauche ; les métacarpiens, les phalanges sont réduits, si on les compare à ceux du côté opposé. Par la mensuration, on note que la circonférence des diverses portions du membre supérieur droit est inférieure à celle du membre gauche.

A première vue, la main droite ressemble à un pied. Le carpe, légèrement saillant sur la face palmaire, rappelle vaguement la saillie du calcanéum ; dans sa position naturelle, la main est en hyperextension sur l'avant-bras, formant avec la face dorsale de ce dernier un angle voisin de l'angle droit. Les extrémités

distales des 5 doigts sont placées sur un même plan oblique se dirigeant de dedans en dehors et d'avant en arrière, si l'on excepte le 1er doigt un peu plus en retrait sur les voisins, les 2e et 3e doigts étant plus longs que l'annulaire et l'auriculaire.

Les doigts sont intimement unis sous une enveloppe cutanée unique : ils ne présentent pas de mouvements indépendants, mais chacun d'eux, considéré isolément, peut être fléchi et étendu ; pourtant, il y a toujours quelques légers mouvements, dans le même sens des doigts voisins.

On peut compter 6 ongles ; mais le 2e et le 3e sont intimement unis, une légère dépression marque seule leur limite respective. A la palpation, le second doigt apparaît bifide dans sa portion distale. A la face palmaire, les plis transversaux ou obliques, quoique existants, sont peu marqués. Le pli d'opposition du pouce est nettement indiqué. Sur la face ventrale des doigts, on n'aperçoit qu'un léger sillon, placé à peu près à égale distance des extrémités distale et proximale.

La lecture de la radiographie (fig. 6) nous montre que chaque doigt se compose de 2 phalanges seulement, de telle sorte qu'à ce point de vue, chaque doigt peut être considéré comme un pouce (1).

La structure osseuse apparaît moins nette que dans la main gauche placée en regard (fig. 5). L'ossification est moins avancée ; l'extrémité distale des phalanges, plus renflée, celle du second doigt (index) particulièrement, elle est même un peu bifide ; elle supporte 2 phalangettes.

En règle générale, les phalanges et les métacarpiens sont réduits de longueur du côté droit ; on n'aperçoit pas à gauche les 3 points osseux complémentaires surmontant les 2e, 3e et 4e métacarpiens de la main droite.

Dans le carpe, il n'y a pas encore de points osseux représentant les os de la première rangée, c'est là un fait normal : le scaphoïde, le semi lunaire, le pyramidal n'apparaissent qu'entre 2 ans 1/2 et 6 ans ; le scaphoïde à 5 ans 1/2, le semi-lunaire à 4 ou 5 ans, le pyramidal à 2 ans 1/2 ou 3 ans. Les os de la seconde rangée sont représentés par le grand os et l'os crochu du côté

(1) Les clichés nous ont été prêtés obligeamment par MM. Masson.



Fig. 5. — Main gauche.

Fig. 6. — Main droite.

gauche (leur point d'ossification se montre dans la première année).

Sur le carpe droit, il n'y a qu'un seul point d'ossification apparent (probablement celui de l'os crochu).

Ce fait démontre, avec ceux que nous avons déjà signalés précédemment, le retard manifeste existant dans l'ossification.

Au point de vne traitement, le cas n'était guère tentant ; l'intervention apparaissait pleine d'aléa, surtout si l'on considérait le résultat final. Nous avions songé pourtant à séparer, dans un premier temps, le pouce des autres doigts, puis, après guérison, de continuer peut-être par l'isolement successif des autres doigts. Mais pendant que nous nous livrions à ces réflexions, le jeune enfant nous fut réclamé par la famille, qui s'opposa à toute intervention.

Les cas intéressants se présentent souvent par série ; nous avons vu, en effet, peu de temps auparavant, un cas de pouce à trois phalanges, présenté par M. Arquembourg, actuellement interne dans notre service.

Quelques jours à peine s'étaient écoulés que M. le professeur Charmeil (que nous remercions bien sincèrement pour ses belles radiographies) nous montrait, à son tour, un pouce à trois phalanges, présenté par notre collègue et ami le Dr Bertin. Nous lui laissons la primeur de son observation : aussi n'avons-nous parlé que de notre cas.

Voilà trois faits récents de vices de conformation des doigts, caractérisés par l'excès ou la dimiuution du nombre des phalanges. Cela nous a engagé à jeter un coup d'œil rapide sur la question dans son ensemble.

Pour expliquer la nature de ces difformités on a invoqué des causes aussi nombreuses qu'hypothétiques ; après avoir exposé la bibliographie et les théories pathogéniques, nous adoptons l'opinion de Leboucq. Pour lui : c'est le *capuchon périchondral, se produisant de très bonne heure, qui limite le doigt, lui donne cet aspect tronqué, étalé et arrête la différenciation de nouveaux segments cartilagineux, dans le sens proximo-distal.*

En général :

L'ossification précoce des extrémités distales des doigts s'est

transmise par voie d'hérédité. Elle amène la limitation du nombre des segments des doigts et l'atrophie, la troncature de la phalangette terminale.

Anomalies congénitales des doigts

Il a été procédé à l'ablation d'un orteil supplémentaire greffé sur le 5e métatarsien qui est légèrement renflé et étalé à son extrémité distale (fig. 7).

Les deux phalanges proximales sont soudées par leur base. Le



Fig. 7. — 5e doigt et 6e doigt sur un métatarsien commun.

sixième orteil est très bien conformé, la phalangine est plus grande que celle du cinquième. L'intervention a été nécessitée par la gêne produite dans la marche par la saillie à angle droit, formée par la phalangine et la phalange.

Ne serait-ce pas là encore une anomalie réversive, le type primitif étant l'hexa = et même l'heptadactylie (*Amphibiens, Reptiles*).

J'ai rencontré deux autres cas semblables ; dans l'un, à Hesdin (avec le Dr Testut), il n'y avait que deux phalanges au sixième doigt cubital, dans l'autre, une seule phalange réunie par un mince pédicule au cinquième métacarpien, légèrement augmenté de volume à ce niveau.

Anatomie comparée

1° *Pied bifide de cheval*, autre fait d'anomalie réversive.

Il existe deux sabots : un normal et un plus petit, latéral, situé à peu près sur le même plan que le premier. Le canon est légèrement divisé à la partie distale ; sur la coupe transversale, deux canaux médullaires distincts. Le genre *Equus* ne présente qu'un seul doigt, à l'état normal, coiffé du sabot. Il faut remonter au genre *Protohippus* du pliocène supérieur pour retrouver trois doigts, un médian plus long et deux latéraux.

Le genre *Miohippus* du miocène devait posséder trois doigts reposant sur le sol.

2° *Maxillaire inférieur de bovidé.*

Anomalie portant sur le nombre et la forme des molaires existantes qui sont, les unes atrophiées, les autres tordues, presque spiralées sur elles-mêmes. On compte en tout et pour tout dix molaires et un rudiment minuscule d'incisive. Or, la formule dentaire du bœuf est d'ordinaire la suivante :

$$I = \frac{0}{4} \quad C = \frac{0}{0} \quad PM = \frac{3}{3} \quad M = \frac{3}{3}$$

C'est grâce à l'alimentation semi-liquide qu'on lui a donnée que ce bœuf a pu être amené à l'abattoir en excellent état d'embonpoint.

Tumeur veineuse communicante congénitale

D'après l'examen clinique, il s'agit très probablement, dans cette observation, d'une variété de ces tumeurs veineuses, bien décrites en 1886, par le professeur Lannelongue, d'un angiome congénital communiquant avec le sinus longitudinal supérieur.

L'examen microscopique de la tumeur me montra que l'on se trouvait en présence d'un angiome veineux, très déformé par des hémorragies interstitielles, les unes récentes, les autres plus anciennes. Le périoste enveloppant la masse etait très épaissi; il n'y avait pas d'angiome cutané.

M. Lannelongue a cité, au *Congrès de Chirurgie*, douze observations d'angiomes du crâne communicants et la thérapeutique à suivre est bien certainement celle indiquée par lui.

On peut voir, dans l'article de mon maître, M. Gaudier, combien a été longue la ligature des vaisseaux, « constituant en somme la seule difficulté d'une intervention peu considérable ».

Deux faits de tumeurs congénitales

(Travail de la clinique chirurgicale infantile et du laboratoire d'Histologie et d'Embryologie)

Les basards de la clinique ayant amené à l'hôpital deux intéressants petits malades, porteurs de tumeurs congénitales, nous avons jugé bon d'en relater l'observation avec quelques considérants anatomo-pathologiques et embryogéniques.

1° Cystencéphalocèle de Herrmann

Il s'agit d'un enfant de douze jours, opéré dans le service, et qui présentait dans la partie postérieure du crâne, sur la ligne médiane, vers la protubérance occipitale externe, un peu au-dessus, une tumeur régulièrement arrondie, pédiculée, dont la dimension était celle d'une grosse orange.

La peau, à son niveau, est normale et mobile sur les plans profonds : aucune adhérence, aucune tendance à l'ulcération.

Molle et fluctuante, la tumeur ne présente pas de battements, pas de souffle à l'examen stéthoscopique. Elle est irréductible et sa compression n'amène pas de convulsions : elle ne se tend pas sous l'influence des efforts et des cris du sujet.

L'enfant, à part sa difformité crânienne, est très bien portant et n'offre aucune autre malformation congénitale. Rien de spécial dans les antécédents héréditaires.

Deux variétés de tumeurs peuvent prêter à la confusion : les angiomes et les kystes dermoïdes. Mais l'angiome se tend et s'accroît plus nettement sous l'influence des cris et des efforts : il siège surtout à la région antérieure du crâne ; de même, pour les kystes dermoïdes, leur consistance plus molle, leur point d'élection au niveau de la fontanelle antérieure sont des éléments distinctifs du diagnostic qui ont une grande valeur. L'hypothèse d'une encéphalocèle paraît donc la plus probable. Mais la tumeur



Fig. 8.

contient-elle de l'encéphale ? Cette recherche est toujours laborieuse : la transparence existant dans toutes formes et les caractères généraux restant les mêmes. Toutefois l'irréductibilité, l'absence de battements et de mouvements d'expansion, la localisation occipitale sont en faveur d'une méningocèle.

La cure radicale est décidée : la tumeur, liée au pédicule au moyen d'un drain, est réséquée le plus bas possible, et nous laissons une petite collerette de tissu au-dessus du point de constric-

tion. Au cours de l'intervention, le diagnostic clinique de méningocèle semble confirmé par l'aspect macroscopique de la tumeur.

Or, comme les méningocèles sont des tumeurs rares (nous voulons dire la hernie des méninges seules), qu'elle est même niée par les observateurs qui se sont occupés le plus récemment de la question, nous avons décidé d'examiner de plus près cette lésion et d'en faire une étude spéciale.

A l'aspect macroscopique, cette tumeur se présente remplie d'un liquide clair, limpide.

Sous la peau, un tissu aréolaire très net avec de grandes excavations traversées par de petites travées très minces.

La peau mesure 2^{mm} 1/2 d'épaisseur ; le tissu aréolaire à peu près autant ; la surface interne est tapissée par une membrane granuleuse au toucher, blanchâtre.

Mesurant 13^{cm} dans sa plus grande circonférence, la tumeur offre un pédicule mince, effilé, qui meurt insensiblement en s'épanouissant sur les méninges encéphaliques. Nous avons examiné le cerveau et, dans les coupes fronto-occipitales pratiquées, nous n'avons trouvé aucune communication entre la tumeur et les ventricules latéraux.

L'examen microscopique nous montre de la superficie, vers la profondeur, trois assises.

a). La première, la plus superficielle, est constituée par la peau, formée d'un épiderme normal ; le derme ne présente pas de papilles, mais simplement de légères ondulations de sa surface. Il est très épais et composé de fibres conjonctives et élastiques groupées en amas serrés. On aperçoit des follicules pilo-sébacés et des glandes sudoripares bien formées.

La couche de tissu cellulaire sous-cutané ou cellulo-graisseux manque totalement et se trouve remplacée par le tissu conjonctif très serré de la portion inférieure du derme.

b). La seconde est représentée par un tissu conjonctif très lâche où l'on trouve dans la région moyenne de grandes acunes irrégulières communiquant entre elles ; dans la zone inférieure, on remarque de nombreux vaisseaux de moyen calibre à parois très nettes.

Nulle trace d'aponévrose ou de fibres musculaires ; la voûte

fibreuse du crâne fait également défaut : ni portion ostéo-fibreuse, ni dure-mère.

c) Dans l'assise la plus profonde, on trouve du tissu nerveux constitué par de la névroglie formant une couche dense où l'on aperçoit des cellules caractérisées par la présence d'un gros nucléole, à l'intérieur du noyau : ce sont des éléments nerveux de forme très variée : cellules rondes ; cellules fusiformes : cellules pyramidales.

Mais pas d'épithélium épendymaire.

Les fibrilles qui forment la trame névroglique s'arrangent suivant un système irrégulier de mailles plus ou moins étroites. On observe en outre dans l'assise nerveuse de nombreux vaisseaux capillaires sectionnés plus ou moins obliquement.

Les cellules nerveuses sont le plus souvent légèrement rétractées et se détachent du tissu fibrillaire environnant, laissant autour d'elles une zone libre.

En résumé : la peau est à peu près normale ; — le tissu conjonctif vasculaire semble correspondre aux méninges hypertrophiées, les grandes lacunes étant lymphangiectasiques ou plus probablement représentant l'espace arachnoïdien ; — la zone nerveuse ne peut être rattachée d'une façon précise à aucune région de l'encéphale ; c'est du tissu nerveux modifié dans sa structure et particulièrement riche en névroglie.

L'absence de dure-mère est un fait normal et Recklinghausen considère cet état comme constant dans ce vice de conformation. L'encéphale et les méninges n'ont pas à sortir du crâne ; ils sont primitivement et restent au dehors : il y a, en effet, en ce point, un arrêt de développement de l'enveloppe membraneuse aux dépens de laquelle se forment les tissus de protection : dure-mère, crâne osseux et périoste. Il y a non pas hernie secondaire, mais ectopie primitive et la pathogénie de cette lésion reste en tous points comparable à celle du spina bifida.

En outre, par suite de modification de pression, des dilatations vasculaires se produisent dans le tissu sous-jacent à la portion encéphalique ectopiée.

Comment expliquer la formation de ces tumeurs ? Il faut songer à des phénomènes régressifs dont les tissus encéphaliques

primitivement herniés sont le siège, comme le signalent les auteurs et particulièrement le docteur Guibert dans sa thèse (1894).

L'écorce cérébrale peut persister sous forme d'une couche d'épaisseur variable, souvent sclérosée et limitant la cavité centrale. Il peut y avoir disparition complète des éléments nerveux : on ne trouve alors dans le sac méningé qu'un liquide trouble dans lequel nagent des tissus floconneux.

Comme le dit Werler (Dissert. Berlin, 1881), ces phénomènes pathologiques doivent être consécutifs à des processus inflammatoires antécédents qui se sont établis dans le département cérébral hernié.

Dans le cas de MM. Guibert et Phocas, il existait une petite cavité centrale occupant la place de la substance blanche de la hernie cérébelleuse et dont la formation ne pouvait être rapportée qu'à des phénomènes régressifs. La composition de la paroi, la présence des corpuscules de Gluge, chargés de détritus granuleux, la pigmentation hématogène en faisaient foi.

Cependant il faut faire une distinction et ne pas confondre ces cas avec ceux où la cavité centrale est une dépendance des ventricules et où elle peut être caractérisée comme telle, par la persistance d'un épithélium épendymaire ou bien parfois encore par la présence d'un canal de communication. Ce sont là les *hydrencéphalocèles classiques*.

Le professeur Herrmann a proposé le terme de *cystencéphalocèles* pour désigner les encéphalocèles primitivement solides (Picqué) qui, consécutivement à des processus régressifs, deviennent kystiques.

Nous pouvons conclure de l'examen des faits qu'il s'agit également, dans notre observation, de *cystencéphalocèle* de Herrmann.

2° Tumeur sacro-coccygienne

De cette première étude, nous pouvons rapprocher celle d'une autre tumeur congénitale, siégeant dans la région sacro-coccygienne et observée chez un nourrisson du sexe féminin.

Largement sessile, cette tumeur a un volume assez considérable et pèse 500 grammes. Développée sur la partie postérieure du sacrum, elle ne provoque aucun trouble de la miction ni de la

défécation. Le toucher rectal et le palper combinés montrent bien que la tumeur ne pénètre pas dans le petit bassin et qu'elle laisse intacts les organes de la cavité pelvienne, intestin, organes génitaux internes et vessie.

Il n'y a ni troubles nerveux produits par la compression, ni douleurs.



Fig. 9.

De consistance très variable suivant les points examinés, cette tumeur est ferme et très dure, ou rénitente et élastique, ou molle et dépressible, selon les zones considérées.

Le seul traitement utile étant l'extirpation, cette intervention fut faite par M. le professeur agrégé GAUDIER et cette tumeur devint l'objet de recherches et d'examens spéciaux dont voici en quelques lignes le résumé :

Des coupes pratiquées avec le scapel en différents endroits montrent une variété de structure très grande. Dans son ensemble, la tumeur se compose de deux parties de volume et d'aspect inégales. L'une en forme de croissant, massive, représente un bloc unique

renfermant néanmoins quelques petits kystes disséminés dans son épaisseur ; l'autre circonscrite par la première, est constituée par quatre gros kystes. Dans le tissu interposé réduit à de minces cloisons, on rencontre également de toutes petites cavités de taille variable, grains de mil, pois chiche, noisette, etc...

Les portions kystiques intéressées par la section, laissent écouler soit un liquide citrin, légèrement mucoïde, soit du mucus épais.

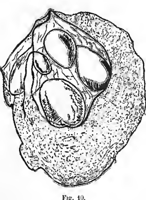


Fig. 10.

A l'aide des coupes microscopiques pratiquées dans des zones d'aspect divers, par MM. Deblock et Pollet, nous pouvons reconnaître que la structure de cette tumeur est très complexe et que sa composition justifie pleinement l'expression de « pot pourri histologique » de Rindfleisch (1864).

On y observe des formations d'origine ectodermique et d'autres d'origine mésodermique.

La peau recouvrant le tout est riche en papilles dermiques qui offrent une prolifération remarquable. Les vaisseaux nombreux dans le derme ont leur paroi épaissie.

1. Parmi les *formations ectodermiques*, il faut signaler surtout la présence de petits kystes de nature épendymaire et tapissés d'un revêtement épithélial formé de cellules prismatiques très hautes dont le noyau est rejeté dans la partie basale. La zone apicale est occupée par du cytoplasme finement granuleux, très nettement limité vers la lumière par un trait bien coloré. Cette portion plus épaissie peut être assimilée, croyons-nous, à la zone ciliée des cellules épendymaires,

L'épithélium a disparu le plus souvent et l'on trouve à l'intérieur de la cavité un bloc uniformément coloré qui représente le liquide céphalo-rachidien fixé.

La névroglie forme une couche dense renfermant des noyaux et les fibrilles qui la constituent se prolongent dans le tissu ambiant, composant un système irrégulier de mailles plus ou moins étroites.

Les cellules nerveuses, légèrement rétractées et laissant autour d'elles un espace vide, se détachent du tissu fibrillaire environnant.

Notons en outre, dans l'ensemble, la présence de nombreux vaisseaux capillaires sectionnés plus ou moins obliquement et nous aurons décrit l'aspect particulier de toutes ces formations nerveuses.

2. Parmi les *formations d'origine mésodermique* citons :

1° Des fibres musculaires lisses disposées en amas au sein du stroma fondamental conjonctif ;

2° Des fibres musculaires striées, vues soit en coupe transversale représentant les colonnettes de fibrilles des champs de Conheim, soit en section longitudinale et caractérisées par leur striation. Groupées le plus généralement en faisceaux, ces fibres peuvent se présenter bien distinctes des voisines et isolées les unes des autres par une couche de substance collagène.

3° De grandes plages de tissu adipeux.

4° On rencontre également, par endroits, une plaque de cartilage hyalin dont les éléments cellulaires sont irréguliers, angulaires le plus souvent, avec traces de portions s'ossifiant.

Quelle est la *pathogénie* de cette tumeur sacro-coccygienne ?

La pathogénie est toujours assez obscure, lorsqu'il s'agit de

tumeurs polykystiques. En faisant abstraction des fissures spinales constituant un groupe nettement délimité, en faisant abstraction également de certains néoplasmes sans caractères locaux particuliers, nous pouvons diviser les tumeurs congénitales en plusieurs catégories, d'après la classification donnée par les travaux les plus récents, ceux de von Bergmann (1884, 1885 et 1890), Calbet (1893), Borst (1894), Marchand (1897-1899), Stolper (1899), Tilmans (1904) :

1° *Appendices caudiformes ;* 2° *kystes dermoïdes ;* 3° *tumeurs mixtes et inclusions fœtales.*

I. — *Appendices caudiformes.* — L'embryon humain, dès la fin du premier mois lunaire, possède un appendice caudal avec intestin caudal, chorde dorsale et tube médullaire. Le nodule caudal s'atrophie ; mais des remaniements secondaires peuvent exister qui amènent la formation de productions pathologiques congénitales.

II. — *Les kystes dermoïdes* sont suffisamment connus et décrits pour que nous n'ayons pas besoin d'insister. Ils sont du reste homologues à ceux que l'on trouve en d'autres points de l'organisme et l'on sait qu'il est impossible actuellement de délimiter d'une façon nette les tumeurs des kystes dermoïdes. Entre les cas les plus simples et les plus complexes, il y a toute une gradation.

III. — *Les tumeurs mixtes* rentrent dans la classe des tératomes de Virchow.

a). Pour certains auteurs, les tumeurs mixtes appartiennent à une série de monstres doubles dont ils représentent des formes dégradées : *théorie parasitaire* (Calbet, Stolper, Hagen).

b). Pour la plupart, au contraire, ces néoformations proviennent de la présence, dans la région caudale de l'embryon, de divers organes transitoires et ne renferment précisément que des tissus ou organes existant au niveau du rachis embryonnaire : *théorie unigerminale* (Meckel). On a signalé, dans des observations récentes, l'existence de parties nerveuses, formations neuroépithéliales ou névrogliques. (Wieting (1902), Preindlsberger, (1903), Hoppe (1903), Füth (1904), Herrmann et Jeannel (1905). Tourneux et Herrmann ont dernièrement appelé l'attention sur le

rôle probable de l'amas cellulaire répondant à un vestige du nœud de Hensen, chez l'embryon du second mois.

c). D'autres théories plus ou moins ingénieuses ont encore surgi et n'ont fait que rendre le problème plus complexe au lieu de le résoudre. En s'appuyant sur les faits de Roux, Boveri, Chabry, on a admis que ces productions équivalaient à des fœtus rudimentaires ou incomplets, engendrés par des sphères de segmentation isolées de bonne heure et se développant pour leur propre compte : *théorie blastomérienne* (Marchand, Bonnet, Wilms).

Mais toutes ces considérations pathogéniques n'ont qu'une valeur relative : si notre tumeur semble rentrer dans le cadre de celles décrites par Tourneux et Herrmann, il faudrait (et cela paraît indispensable), pouvoir examiner en série des stades jeunes des tumeurs sacro-coccygiennes, pour avoir quelque éclaircissement précis sur leur origine exacte.

Peut-être faudrait-il également examiner d'une façon systématique toutes les tumeurs de cette région qui seraient excisées.

A propos de 300 cas de hernie inguinale congénitale chez l'enfant, traités par un nouveau procédé de cure radicale (Procédé du Pr. Gaudier). — Statistique des années 1904, 1905, 1906 et 1907.

Ce procédé déjà signalé, en 1904, dans la thèse de M. Hadzimihaloglou, inspirée par notre maître, a été employé exclusivement, depuis près de quatre ans, par M. Gaudier et par moi et ses avantages sont tels que jamais nous n'avons rencontré de récidive.

Il consiste essentiellement :

1° En la résection du sac herniaire ;

2° En la fermeture de l'orifice inguinal interne.

On y arrive aisément par une incision externe haute, permettant d'aborder l'orifice supérieur interne du canal inguinal dont le repère est le milieu de l'arcade crurale. C'est un peu au-dessus

de cette arcade (un centimètre chez l'enfant), parallèlement à elle que sera faite l'incision de la peau. Elle partira de trois centimètres

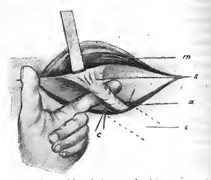


Fig. 11. — *m*, paroi musculaire relevée ; *s*, sac herniaire ; *a*, anneau interne ; *i*, canal inguinal ; *c*, cordon spermatique.

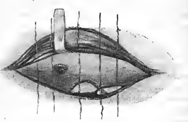


Fig. 12. — *m*, paroi musculaire relevée ; *s*, sac herniaire ; *a*, anneau interne ; *i*, canal inguinal ; *c*, cordon spermatique. — Le sac est réséqué. On voit les points de suture.

en dehors du point de repère et le dépassera de un demi-centimètre seulement.

a) Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

b) Incision de l'aponévrose du grand oblique.

c) Incision du petit oblique et du transverse.

d) On voit au fond de la plaie une gaîne commune renfermant les éléments du cordon et le sac herniaire.

e) Dissection du sac et résection.

f) Fermeture de l'anneau interne qui est un des temps les plus importants. Suture des deux lèvres de l'anneau. Suture solide à points séparés, en avant des éléments du cordon, du petit oblique et du transverse, attirés comme un rideau au-devant de l'anneau, et réunis, en outre, à l'arcade crurale.

g) Suture de l'aponévrose du grand oblique — et de la peau.

Avantages :

1° L'incision externe et haute est, chez l'enfant, en dehors des souillures faciles;

2° L'opération est très rapide, car la séparation du sac et du cordon est plus aisée, puisqu'on prend le sac à son origine : l'infundibulum est par conséquent totalement supprimé.

Ce procédé permet de traiter non seulement les cas simples, mais encore les cas compliqués soit d'ectopie, soit de kystes du cordon, ces derniers étant faciles à attirer dans la plaie opératoire par la simple traction sur le cordon.

Continuité apparente entre le lobe gauche du foie et la rate chez l'enfant.

Dans les nombreuses autopsies d'enfants que j'ai eu l'occasion de faire dans le service de M. Carrière, pendant trois années, j'ai étudié divers rapports topographiques de la rate. J'ai conclu de mes recherches que :

1° La rate est souvent dans le prolongement du lobe gauche du foie.

2° Sa direction est horizontale ou, pour préciser, parallèle à la huitième côte.

3° Les limites du cul-de-sac pleural descendent bien au-dessous

de celles de la région splénique, de sorte qu'il faut traverser la plèvre, pour atteindre la rate par la paroi costale.

Chez un enfant de trois ans environ, j'ai trouvé la rate continuant le lobe gauche du foie, sans séparation apparente (fig. 13). A l'examen microscopique, on note à la limite externe gauche du lobe hépatique, une mince cloison intermédiaire, de 2 mm. d'épaisseur, formée principalement de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses.

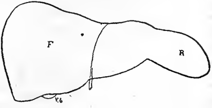


Fig. 13. — *F*, foie; *R*, rate; v. b, vésicule biliaire.

En étudiant le développement du foie, on remarque que cet organe est d'abord médian et symétrique; à partir du 4e mois de la vie fœtale, le lobe gauche s'arrête dans son accroissement et diminue ensuite de plus en plus, surtout après la naissance. Il finit par laisser à découvert la rate et s'en éloigne. Ce dernier rapport de la rate avec la huitième côte est représenté dans l'atlas de Braune et Constantinesco le signale dans sa thèse.

Cependant la plupart des auteurs classiques décrivent la rate comme parallèle aux onzième, dixième et neuvième côtes.

Il est intéressant de connaître ce rapport précis avec la 8e côte chez l'enfant, pour rechercher la zone de matité normale.

II

OS ET MEMBRES

Ostéomyélites postvarioliques.

Les complications osseuses de la variole ont été signalées par J. L. Petit qui en donne une bonne description dans son *Traité des maladies des os*, et depuis, les cas publiés ne sont pas bien nombreux.

Chassaignac les avait bien observées; Kolaczeck (1875) en parle, Arthur Neve signale quatre cas de « bone disease after small pox ni young children » (1887), Chiari (1892), Golgi (1873) et Mauclaire surtout (1896) donnent l'évolution et les symptômes cliniques de cette complication osseuse. Voituriez (1903) en publie de nouveaux exemples; Ingelrans et Taconnet (1903) également.

Le pronostic, généralement bénin, est parfois sérieux pour les ostéomyélites ; ces dernières formes peuvent amener des désordres considérables : disjonctions épiphysaires et arthrites purulentes, nécrose complète d'un os entier (scapulum : Voituriez), voire de véritables pyohémies.

Dans notre observation (jeune fille de vingt ans), nous n'avons pas observé le grand cortège des symptômes graves : ce cas d'ostéomyélite se caractérise par deux traits quelque peu contradictoires : allure modérée et comme subaiguë de la symptomatologie initiale et cependant processus plutôt intensif et rapide de nécrose puisqu'il aboutit en cinq mois à peine à la formation d'un grand séquestre, parfaitement isolé, détaché et mobile. Long de huit centimètres environ, logé dans le canal médullaire, ce séquestre a la physionomie connue d'une flèche dentelée de cathédrale gothique.

Cette marche à physionomie un peu paradoxale et la rareté des observations publiées d'ostéomyélite d'origine variolique nous ont engagé à communiquer le fait à la *Société de Médecine du Nord*.

Atrophie de l'extrémité supérieure du fémur

Le fémur, enlevé par désarticulation de la hanche, chez un coxalgique de 17 ans, se caractérise par un degré extrême d'atrophie : son extrémité supérieure est réduite à une sorte de fourche.



Fig. 14

La tête fémorale a complètement disparu (fig. 14).

Ce malade souffrait de coxalgie depuis l'âge de trois ans et avait eu de multiples abcès.

Une façon d'utiliser les embryons jeunes impropres à la fixation

Ayant reçu de M. Oui un embryon âgé de deux mois, macéré et impropre à aucune étude de développement, je l'ai mis, pendant quelques *jours*, dans une solution de potasse à 30 %, puis dans un mélange de glycérine et de formol.

Il existe ainsi préparée, au Laboratoire d'Embryologie de M. Laguesse, toute une série d'embryons de toutes tailles.

L'intérêt de ces pièces est de montrer les premiers stades de l'ossification. Pour la tête, deux petites plaques blanches postérieures représentant le futur occipital. Le maxillaire inférieur est bien marqué : les points oculaires et auditifs très visibles. On aperçoit encore très bien la cage thoracique, les membres supérieurs et inférieurs ; on peut encore noter la position et l'étendue du foie.

Gangrène phéniquée de l'auriculaire

Luxation du radius et fracture du cubitus

Le mécanisme de ce traumatisme est le suivant : en tombant de voiture, il y a 4 mois, la malade s'est cramponnée à la roue qui a continué de tourner pendant quelque temps.

La fracture s'est consolidée en partie, en position vicieuse : elle siégeait à 4 cm. du bord supérieur de l'olécrâne ; la luxation du radius en avant n'a pas été réduite.

Depuis lors, les mouvements de l'articulation du coude sont supprimés ou à peu près ; on avait songé à une résection du coude ; mais on constate sous chloroforme que tous les mouvements sont possibles. Aussi s'est-on contenté du massage et de la mobilisation et cette malade fait actuellement des mouvements de pronation et de supination assez étendus ; l'extension complète est seule impossible ; elle est peu nécessaire en réalité.

Epulis du maxillaire supérieur

Fracture de l'olécrâne traitée par la suture osseuse

Deux mois après l'accident, tous les mouvements sont à peu près possibles ; la flexion reste limitée : par le massage, l'extension et la flexion furent bientôt complètes.

Luxation traumatique de la hanche

La radiographie que je présente montre que la tête se trouve en arrière de la cavité cotyloïde. A la suite d'une chute dont il a été impossible de déterminer la nature, la luxation s'est produite brusquement et l'enfant, une petite fille de huit ans, vient à notre consultation cinq mois après l'événement.

La cuisse est fléchie sur le bassin en adduction et rotation en dedans. La réduction fut facile sous chloroforme.

M. Jalaguier, disait, il y a quelque temps, à la Société de Chirurgie, qu'il n'avait rencontré que quatre cas de luxation traumatique de la hanche, dans sa pratique hospitalière : ces luxations sont, par conséquent, rares.

Or, j'ai eu l'occasion d'en voir deux, en peu de temps : l'une en septembre 1903, l'autre en mai 1904. Dans ce dernier cas, la tête remontait au-dessus de la ligne de Roser Nélaton : il y avait un raccourcissement de cinq centimètres.

Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne

L'intérêt de cette observation réside dans les pièces anatomo-pathologiques. Sur le tibia, à la partie inférieure, se trouve, au-dessus du cartilage de conjugaison, dans la région juxta épiphysaire, une véritable caverne remplie par une masse tuberculeuse ramollie. De cette caverne part un conduit fistuleux traversant l'épiphyse et s'ouvrant dans l'article.

Le calcaneum et l'astragale semblent intacts : pourtant l'astragale présente, sur sa facette tibiale, quelques érosions superficielles et la lame osseuse est très amincie. Devant l'étendue des lésions superficielles, l'amputation de jambe, au lieu d'élection, était nécessaire.

Fracture de l'humérus juxta-articulaire chez un enfant

Siégeant entre le col anatomique et le col chirurgical, ou, plus exactement, partant d'un demi-centimètre au-dessous du col anato-

mique et s'arrêtant au col chirurgical, la solution de continuité de l'humérus est telle que le fragment supérieur fait saillie à la partie antérieure et menace d'ulcérer la peau au moindre mouvement.

L'arthrotomie est pratiquée le troisième jour : on fixe les fragments avec une griffe de Jaccoël.

Neuf jours après l'intervention, le malade avait tous les mouvements. Ce fait est important, car le massage n'aurait rien donné en si peu de temps. Il fut d'ailleurs pratiqué, dans la suite, comme moyen adjuvant. Il n'y eut aucune atrophie.

L'un des plus brillants succès de l'agraffage fut obtenu dans le service de M. GAUDIER, dans un cas de fracture de la tubérosité antérieure du tibia. Au bout de dix-huit jours, le sujet (un adolescent) faisait tous les mouvements (flexion et extension). Thèse BOURET, Lille, 1904.

La suture osseuse suivie de la mobilisation précoce et du massage est le traitement de choix.

Fracture de la mastoïde, otorragie très abondante. Blessure de la veine mastoïdienne. — Intervention.

Dans les fractures isolées de l'apophyse mastoïde, il se produit, par l'oreille, un écoulement de sang abondant. Mais, quelle est l'origine réelle de l'otorragie, dans cet ordre de fractures.

Les auteurs émettent à ce sujet des avis bien différents, mais aucun ne mentionne le point de moindre résistance créé par le trou et le canal mastoïdiens : aucun ne signale le rôle que peut jouer dans certains cas (très rares probablement) la veine mastoïdienne dans la production de l'otorragie.

Mon confrère et ami, DESCARPENTRIES, alors aide d'anatomie, a fait sur la veine mastoïdienne une série de recherches anatomiques, pour préciser la situation, l'origine et les rapports de ce vaisseau et de ses affluents (fig. 15).

L'observation que nous avons eu la bonne fortune de recueillir prouve le rôle que peut jouer parfois en pathologie cet appareil vasculaire et le bien fondé de cette cause d'otorragie.

Le périoste, dans la région rétro-mastoïdienne n'est plus adhé-

rent à l'os, mais soulevé et, en suivant le trait de fracture, nous voyons la fissure se diriger vers la partie postérieure de la mastoïde, vers un orifice vasculaire qui n'est autre que le trou mastoïdien. L'orifice de cette veine mastoïdienne est divisé en deux parties égales : du sang s'écoule en abondance de ce vaisseau sectionné.

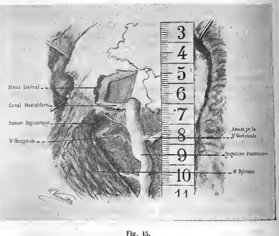


Fig. 15.

Les observations de ce genre sont rares et je n'en ai trouvé qu'une seule qui puisse être rapprochée de la mienne : c'est celle de Boullet, où l'hémorragie veineuse, très abondante, fit penser à une lésion du sinus latéral.

Nous devons conclure que l'otorragie qui accompagne les fractures de la mastoïde peut nécessiter une intervention urgente. Peut-être faudrait-il ajouter, sans rien exagérer toutefois : « On » doit vérifier l'état de la veine mastoïdienne, tout comme il est » indiqué, dans certains cas, d'aller vérifier l'état de la méningée » moyenne ou d'un sinus. »

Coxa vara traumatique

L'observation qui constitue la base de la thèse faite par M. Fiatte et inspirée par mon maître M. le Professeur agrégé Gaudier, a trait à un cas de fracture consolidée du col fémoral chez un jeune garçon de 13 ans et qui avait déterminé la déformation décrite sous le nom de coxa vara. Sur le bord de la cavité cotyloïde, il existe quelques saillies osseuses, probablement des ostéophytes. M. le Professeur Dubar voulut bien voir le malade et je lus aux stagiaires de son service l'observation que j'avais prise à la clinique chirurgicale infantile.

L'ostéotomie du col cervical, préconisée par M. Gaudier, donna un résultat excellent : elle est en effet, plus rationnelle que la sous-trochantérienne.

L'extension continue, le massage et l'électricité sont le complément indispensable de cette opération.

Plaie contuse de la jambe et méthode de Bier

Communication de M. Thooris. Discussion à la Société de Médecine du Nord.

Tumeur blanche fistulisée tibio-tarsienne et méthode de Bier.

Mon maître, M. Gaudier et moi avons présenté le 12 octobre 1906 à la *Société de Médecine du Nord*, un enfant guéri de tumeur blanche tibio-tarsienne par la méthode de Bier, en huit mois environ. Le résultat en fut fort remarqué par les membres de la Société présents à la séance, car il était typique : guérison avec tous les mouvements sans autre traitement quelconque.

Il s'agit d'un sujet à l'ordre du jour, la méthode de Bier étant

à l'heure actuelle très décriée par les uns, très vantée au contraire par les autres.

Depuis deux ans, nous appliquons cette méthode à de nombreux enfants ; nous sommes allés à Bonn pour nous initier à la technique et aux indications d'application ; mais il faut le dire bien haut : la méthode de Bier n'est pas la panacée universelle et seuls un certain nombre de formes cliniques en sont justiciables.

L'enfant dont il est question présente surtout de l'infiltration fongueuse des gaînes tant en avant qu'en arrière : un foyer d'ostéite à la face interne du tibia près de l'article, un foyer astragalien accessible par une fistule externe.

Le gonflement du pied augmenta d'abord et le résultat fut assez long à se dessiner : si on avait perdu patience, on aurait pu douter de la méthode. Actuellement d'ailleurs, nous avons coutume de ponctionner les collections et de les évacuer en appliquant, sur la région, une de ces ventouses aspiratrices dont Bier fait grand emploi dans le traitement des abcès froids.

Huit mois après le début du traitement, le pied n'était plus douloureux, on pouvait sans aucune sensibilité lui imprimer tous les mouvements.

Au Sanatorium de Saint-Pol, MM. Gaudier et Le Fort ont obtenu de bons résultats.

Par contre, une fillette soignée à l'hôpital Saint-Sauveur et présentant de grosses lésions osseuses ne trouva aucun changement dans l'application de cette méthode, qui dut être interrompue par suite de l'aggravation progressive du mal.

Nous avons de nombreux cas en traitement et l'un de nos anciens externes, M. Carret apportera bientôt dans sa thèse, notre contribution à l'étude de la valeur de la méthode de Bier.

Notre impression personnelle est que, au point de vue de la tuberculose chirurgicale :

1° Les enfants paraissent retirer plus de profits de la méthode que les adultes ;

2° D'autre part, les formes fongueuses paraissent mieux s'accommoder de l'hyperhémie que les formes ostéo-articulaires étendues.

3° Il reste à bien définir les cas dans lesquels la méthode est applicable et c'est là, nous semble-t-il, le point délicat.

Corps étranger juxta-articulaire. Utilité de la radiographie précédant immédiatement l'opération.

Sur une épreuve radiographique, on peut voir un fragment d'aiguille de 1 cm. 1/2 de longueur, verticalement placé, à peu près à la hauteur de la tête du péroné, suivant une direction parallèle à la ligne d'incision, pratiquée pour la ligature de la tibiale antérieure.

Quarante-huit heures après la radiographie, on trouve, à l'intervention, le fragment d'aiguille au dessus de l'aponévrose jambière et à la hauteur précitée ; seulement l'aiguille s'était placée perpendiculairement à sa position primitive, et avait perforé la bourse séreuse prérotulienne dans laquelle pénétrait le chas, encore enfilé d'un bout de laine rouge.

Ce fait de déplacement rapide du corps étranger nous démontre une fois de plus la nécessité d'intervenir au moment même où l'on fait l'épreuve radioscopique. Il existe d'ailleurs des tables d'opération permettant un contrôle radioscopique, pendant l'intervention.

Ostéomyélite aiguë bipolaire du tibia droit. — Séquestre constitué par tout l'os. — Au bout de un an et demi reconstitution non complète de l'os. — Subluxation de la jambe en arrière. — Pied-bot acquis par allongement du péroné. — Troubles trophiques. — Amputation probable.

III

OPHTALMOLOGIE

Leucosarcome de l'œil droit

L'évolution de la tumeur, son aspect macroscopique en font un leucosarcome dont on ne connaît point le lieu d'origine.

Il ne saurait y avoir de dontes sur le diagnostic clinique et microscopique pour le globe oculaire lui-même.

L'examen du ganglion prétragien montre une infiltration considérable d'éléments cellulaires tout à fait semblables aux leucocytes: on voit qu'il peut être difficile, dans certains cas, d'affirmer qu'un gangiion est simplement enflammé, plutôt que sarcomateux.

Sarcome mélanique de la choroïde

Il a été procédé à l'énucléation de l'œil droit d'une jeune fille pour une tumeur dont l'aspect était celui d'un champignon à base assez large, reposant sur la portion de sclérotique qui avoisine le nerf optique et séparée de son chapeau hémisphérique par une sorte d'étranglement pédiculé.

La rétine était entièrement décollée : le nerf optique, examiné à un fort grossissement, ne présente aucune altération néoplasique ; les autres membranes oculaires paraissent également indemnes.

L'examen microscopique que j'ai pratiqné a établi que nous avions affaire à un sarcome mélanique à cellules fusiformes qui a débuté dans la choroïde pour s'étendre peu à peu vers le corps vitré, mais avec une tendance à envahir les assises les plus internes de la sclérotique.

Les lames moyennes et les plus internes de cette membrane sont dissociées et infiltrées de cellules conjonctives, allongées, fusiformes, beaucoup plus abondantes qu'à l'état normal.

En certains points, on distingue çà et là de petits îlots fortement pigmentés, presque complètement noirs ; ces îlots sont constitués par un amas de 8 à 12 éléments cellulaires, étoilés ou irrégulièrement arrondis, remplis de granulations pigmentaires sombres.

La choroïde est représentée par de larges zones hémorragiques contenant, de ci de là, quelques fibrilles conjonctives grêles et des cellules pigmentées.

La rétine décollée par le néoplasme offre ses vaisseaux coudés, mais reste saine.

Epithélioma épibulbaire

L'affection a débuté sous forme d'une petite excroissance dans le voisinage du bord externe du limbe scléro-cornéen ; au moment de l'examen clinique la petite tumeur a la dimension d'une pièce

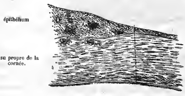


Fig. 16. — Coupe d'épithélioma au niveau de la cornée.

de cinquante centimes ; elle présente dans la portion scléroticale une ulcération creusée en cupule dont les bords sont indurés et forment un léger bourrelet. La chambre antérieure et l'iris ont conservé l'aspect normal.

Il y a de la gêne de la vision, depuis que la cornée est inté-

ressée dans une certaine étendue. La tumeur empiète de 10 millimètres sur la sclérotique et de 7 millimètres sur la cornée.

Une ablation large et précoce fut faite et M. Baudry n'hésita pas à sacrifier le globe de l'œil.

Après fixation minutieuse des membranes de l'œil, cette tumeur est devenue l'objet d'examens spéciaux. Si l'on en excepte une faible partie du segment antérieur, tout l'œil est sain. Nous pouvons distinguer deux parties devenues néoplasiques :

1° Une partie scléroticale ;

2° Une partie cornéenne.

Tout le reste de la sclérotique, de la conjonctive et les membranes profondes de l'œil sont intactes.

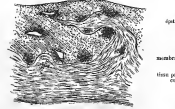


Fig. 17. — Coupe d'épithélioma au niveau de la cornée.

1) Dans la portion scléroticale, nous remarquons à la surface une assise épaisse de boyaux épithéliaux pavimenteux avec quelques vaisseaux sectionnés transversalement. Les cellules épithéliales sont disposées sans ordre ; mais la sclérotique et la soudure scléro-cornéenne ne sont pas envahies.

2) Dans la partie cornéenne, l'épithélium antérieur qui continue par une transition graduelle l'épithélium de la conjonctive, diminue peu à peu d'épaisseur, au fur et à mesure que l'on s'éloigne du limbe scléro-cornéen ; on dirait une colline de cellules épithéliales descendant en pente douce et diminuant peu à peu de hauteur, pour arriver à la normale.

La lame élastique antérieure, la membrane de Bowman, est détruite dans la partie la plus externe : les cellules néoplasiques ont pénétré entre les lames du tissu propre qu'elles dissocient.



Fig. 18. — Coupe d'épithélioma au niveau de la sclérotique.

L'épithélium postérieur de la cornée est intact : il comprend un seul rang de cellules bien fixées.

La membrane de Descemet est intacte.

Au niveau de l'angle irido-cornéen, rien de spécial : le muscle ciliaire, les espaces de Fontana, l'iris, les procès ciliaires semblent n'avoir subi aucune modification.

Sarcôme fibro-plastique de l'orbite

Au dessus du rebord orbitaire inférieur, chez un homme de 26 ans, on sent une masse molle, non pulsatile, non fluctuante, et qui, à la pression, se réduit complètement dans l'orbite, sans exophtalmie consécutive, ni troubles de la vue. La ponction ramène du sang pur.

M. le Professeur Gaudier et moi pratiquons l'ablation de cette tumeur, noyée dans la graisse sous-orbitaire, très saignante, entourée de veines variqueuses et qu'on peut extirper complètement.

J'examine la tumeur; dans les préparations colorées par le ponceau *S* extra-aqueux, suivant la méthode du Professeur CURTIS, on note surtout des cellules conjonctives fusiformes; et, de place en place, de larges lacs sanguins, sans limite précise et sans revêtement endothélial.

Nous sommes en présence d'un sarcôme fibro-plastique avec foyers hémorragiques multiples; tumenr récidivante mais moins grave en général que les sarcômes à petites cellules.

IV

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Épithélioma du prépuce

Cet épithélioma de la verge présente ce caractère particulier que le prépuce seul a été envahi : le gland est simplement atrophié. Évolution de la tumeur en un an. Intervention : amputation au tiers inférieur, à quatre centimètres du pubis, avec incision de l'urèthre à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Fibrômes de l'utérus

L'hystérectomie totale fut pratiquée par mon maître M. Oui.

Dans le premier cas, le fibrôme pesait 1 kgr. 500 et fut enlevé à une femme de 53 ans, très grasse. Au troisième jour de l'opération, dans un effort de toux, l'opérée sentit « quelque chose qui avait craqué dans son ventre ». Au neuvième jour, on enleva quelques griffes et la malade, à ce moment, s'étant mise à tousser, la paroi abdominale s'ouvrit comme un livre, mettant à découvert l'intestin. On fit la suture totale au fil d'argent.

Dans le second cas, il y eut subictère le lendemain de l'intervention, puis ictère véritable, selles décolorées, urines présentant les réactions de Pettenkofer, de Hay et de Gmelin : poussées d'hyperthermie. Au dixième jour, l'ictère disparut.

Dégénérescence myxomateuse d'un fibrôme utérin

Le diagnostic posé était celui de cysto-sarcome de l'ovaire gauche ; on percevait à la palpation une crépitation péritonéale tout à fait remarquable. L'examen anatomo-pathologique et les réactions spéciales de l'humeur contenue me prouvèrent la dégénérescence myxomateuse de la tumeur fibreuse.

Fibrôme pédiculé de l'utérus. Mort par hémophilie

Pédiculé, ce fibrôme avait donné l'illusion d'un kyste de l'ovaire (fig. 19). L'opérée mourut le soir même, succombant à une

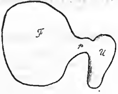


Fig. 19. — *F*, fibrome ; *P*, pédicule ; *U*, utérus.

hémorragie interne. Elle avait perdu (nous l'avons appris après son décès) neuf enfants d'accidents dus à l'hémophilie.

Salpingo-ovarites

L'ovaire droit est absolument sclérosé. La trompe gauche, énormément dilatée, ressemble, à s'y méprendre, à une portion d'intestin grêle adhérent à l'utérus. Elle est pleine de pus et adhérente à l'ovaire gauche transformé en poche purulente. Hystérectomie abdominale subtotale par la section médiane sagittale.

Rupture de la vessie et Péritonite généralisée

Les symptômes de péritonite généralisée étant nets, la laparotomie fut faite : mais la cause de la péritonite ne put être découverte. A l'autopsie, je trouvai la vessie perforée, à la partie supéro-postérieure. N'ayant aucun renseignement sur le malade, je pense, avec mon ami Caudron, soit à la chute d'une eschare, consécutive à une contusion abdominale, soit à un cathétérisme malheureux. De ces deux opinions, la première semble la plus probable, à cause de la formede l'eschare et de sa situation.

Leiomyome malin de l'utérus

Cette tumeur, enlevée par M. le Professeur Oui, avait contracté des adhérences intimes avec l'intestin et la vessie, ce qui rendit son ablation particulièrement difficile, comme le disait M. Arquembourg à la *Société de Médecine.*

Macroscopiquement, elle est irrégulière, présentant de grosses masses bourgeonnantes : sa coloration est variable, sur le fond généralement rouge se détachent des noyaux blancs, et, à la périphérie, des parties myxoïdes kystiques.

Microscopiquement, elle est très difficile à étudier. Les coupes ont été préparées par MM. Arquembourg et Dubus, et l'examen leur a décelé uniquement la présence de tissu musculaire composé de fibres lisses plongeant dans une substance fondamentale amorphe ; dans les régions périphériques, les fibres ont plutôt l'aspect embryonnaire.

Je pense (et j'ai moi-même étudié cette tumeur avec M. Arquembourg) qu'il y aurait grand intérêt à insister sur la présence de la substance fondamentale disposée entre les éléments musculaires. Est-elle collagène, cartilagineuse, osseuse ou a-t-elle subi la dégénérescence mucoïde ? Les réactions spéciales à ces différents états sont, dans le cas particulier, d'un précieux secours. D'autre part, il serait avantageux de pouvoir établir la relation existant entre cette substance fondamentale et les fibres musculaires d'aspect embryonnaire.

MM. Laguesse et Lemoine ont amorcé cette discussion. D'ailleurs, MM. Paviot et Bérard, ainsi que le fait observer M. Arquembourg, avaient déjà émis une hypothèse semblable, mais non basée sur des recherches histogénétiques.

On a signalé dans ces cas, non des greffes, mais de véritables métastases se faisant à distance par voie circulatoire et M. Oui fait remarquer que, dans le cas présent, il y a, au niveau du péritoine, une plaque dure qui s'est accrue depuis l'opération, ce qui rend le pronostic encore plus sombre.

En résumé : tumeur d'un grand intérêt, montrant les formes de passage entre différents tissus et qui, bien fixée, peut être l'objet de recherches importantes.

V

ABDOMEN

Hernies propéritonéales et réduction en bloc

J'ai recueilli cette observation quand j'étais l'interne de M. le Professeur Folet et le cas parut si plein d'enseignement que mon maître fit, à ce propos, une leçon sur la réduction en bloc des hernies.

En résumé : hernie existante depuis douze ans ; à un moment donné, violents efforts de taxis ; depuis, hernie disparue ; trois mois plus tard, accidents spontanés d'étranglement ; tumeur iliaque droite. Diagnostic : occlusion intestinale, peut-être par réduction ancienne d'un sac herniaire dans lequel la hernie s'est ultérieurement reproduite et étranglée.

L'opération nous montre la hernie réduite, placée en avant du péritoine : c'est une hernie propéritonéale dans le sens étymologique et descriptif du mot. Mais ce n'est pas là ce que les auteurs entendent d'ordinaire, dans les traités classiques actuels, par la dénomination de hernie propéritonéale.

Aussi, cette hernie (logée derrière la paroi abdominale, derrière le fascia transversalis, *en avant* du péritoine et la dénomination de propéritonéale étant couramment appliquée à une autre disposition anatomo-pathologique), pour ne pas créer de confusion de nomenclature, mon maître l'appelle *hernie antépéritonéale*.

En somme, notre observation est un fait de réduction en bloc d'une hernie inguinale ordinaire devenant, après la rentrée dans le ventre, une hernie antépéritonéale sans diverticule inguinal. Cette hernie réduite en masse est restée silencieuse durant plusieurs mois et n'a produit que tardivement les symptômes de l'occlusion.

C'est encore un méfait du taxis, un méfait à longue échéance.

Occlusion intestinale post-opératoire

Complétant l'observation d'une femme à laquelle mon maître, M. Oui, a enlevé l'utérus et les annexes, je constate que l'opérée présente, au dixième jour, après l'intervention, tous les symptômes d'une occlusion intestinale : ventre doulonreux, ballonné, tympanique. Plus d'émission de gaz, pas de selles, vomissements fécaloïdes. Pouls petit, à 125, température 36°4.

Une seconde laparotomie est décidée. On trouve l'intestin coudé trois fois par des adhérences tout le long de la ligne de suture du péritoine au niveau du col et du ligament large droit.

Les adhérences furent rompues et on fit l'enfouissement des points intestinaux qui saignaient.

Cette femme est actuellement en voie de guérison.

Plaie contuse de l'aorte, au-dessus de sa bifurcation

Tombé d'un arbre sur lequel il était monté pour cueillir des glands, l'enfant (un jeune garçon de dix ans) fut trouvé couché sur le ventre, dans un état d'obnubilation complète. En présence des différents symptômes suivants : décoloration des téguments et des muqueuses, soif intense, pouls petit, rapide, dépressible, polypnée, douleur au niveau de l'hypocondre droit, matité dans toute la moitié droite de l'abdomen, l'interne de garde, M. Tramblin, porte le diagnostic d'hémorragie interne due à une rupture probable du foie.

La laparotomie est décidée ; le grand épiploon, les anses intestinales paraissent intacts. Pas d'épanchement sanguin intra-péritonéal ; mais nous remarquons que le péritoine pariétal est soulevé par un hématome volumineux, ne présentant point toutefois de pulsation.

Quelle était l'origine de cet épanchement si abondant ? A quelle lésion pouvions-nous songer ? Quoi qu'il en fût, il fallait agir et sans perdre de temps, lier si possible, tamponner au pis-aller. Mais lier quoi ? Tamponner où ? Nous nous trouvions en présence

d'un hématome si vaste et tellement infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que toute recherche précise était interdite.

Au moment où nous refermions l'abdomen, l'enfant s'éveilla un peu, fit quelques efforts pour vomir et brusquement devenant très pâle, il cessa de respirer.

L'autopsie seule devait nous révéler le point de départ de cette collection sanguine. L'aorte, la veine cave, les vaisseaux artériels importants semblaient indemnes et nous restions perplexes devant ce résultat négatif.



Fig. 20

Nous disséquons alors les vaisseaux suivant leur longueur et au niveau de la région sacro-lombaire, précisément à l'union de la 3e et de la 4e vertèbre lombaire, nous observons, sur la paroi postérieure de l'aorte, une solution de continuité, longue de 1 cm., dont les bords sont contus, écrasés, déchiquetés (fig. 20).

Cette observation nous a paru intéressante à publier, car s'il se trouve dans la littérature médicale des observations de ligature

de l'aorte, nous n'avons trouvé aucun cas, pensons-nous, semblable au nôtre.

Nous ne chercherons pas à expliquer comment le sujet a pu vivre plus de quatre heures avec une plaie de l'aorte de 1 cm. environ d'étendue. S'est-il produit, au moment de la chute, un caillot salutaire, sur les lèvres de la solution de continuité, entre l'aorte et le tissu cellulaire assez épais qui fixe le vaisseau à la colonne vertébrale?

Il suffisait peut-être du moindre effort pour déplacer le caillot salutaire ; l'énorme hématome rétro-péritonéal faisait très probablement l'office de tampon ; mais ce ne sont là que des hypothèses et le champ en est vaste !

Le seul fait important à retenir c'est la difficulté de trouver l'origine de ce volumineux épanchement sanguin, même après éviscération totale.

V bis

PANCRÉAS

Bourgeons pancréatiques multiples sur le conduit hépatique primitif.

D'une façon générale, on admet aujourd'hui que le pancréas des vertébrés dérive de deux bourgeons primitifs : l'un dorsal, c'est le plus important ; l'autre ventral, double souvent, né de l'épithélium même du conduit hépatique primitif, c'est l'accessoire.

Mais il ne faut pas en conclure qu'il n'y a jamais d'autres ébauches pancréatiques.

Chez un embryon de 16 mm. et de 16 jours, nous avons vu de la portion duodénale de l'intestin se détacher deux canaux : l'un très court, déjà assez ramifié, porteur de tubes pancréatiques primitifs ; l'autre, beaucoup plus important se rendant au foie : c'est le cholédoque. La paroi épithéliale de ce dernier envoie de place en place des diverticules creux, tubuleux et ramifiés : nous avons pu en compter huit.

Les bourgeons pancréatiques, nés du cholédoque, arriveraient, chez le Rat, à un complet développement, tandis que la plupart semblent s'atrophier chez le Mouton.

Développement du pancréas chez les Vertébrés

par Conrad Helly, prosecteur à Vienne.

Traduction en français. Publiée en partie dans ma thèse.

Valeur du bourgeon hépatique primitif

Mémoire couronné par la Société des amis de l'Université (Inédit).

En regard du septum transversum et un peu au-dessus du canal vitellin, la paroi ventrale de l'intestin moyen pousse chez l'embryon très jeune (4 mm. chez l'homme), un bourgeon creux qui représente l'ébauche du foie.

Ce bourgeon creux émet latéralement des cordons pleins qui s'enfoncent dans l'épaisseur du septum transversum et du mésentère antérieur.

Exactement au point où le canal hépatique primitif sort de la paroi de l'intestin, nous remarquons, typiquement, sur les parties latérales de ce canal, une petite saillie mamelonnée, une de chaque côté. Ce sont les deux ébauches ventrales du pancréas, nées de l'épithélium même du conduit hépatique primitif.

Très rarement, les ébauches ventrales manquent (Sélaciens); plus souvent, il n'en apparaît qu'une ou l'une des deux s'atrophie. J'ai rappelé, dans ma thèse, à propos du développement du pancréas en général, le nombre de ces ébauches ventrales dans chaque classe de vertébrés.

Or, il existe une disposition anatomique remarquable : en effet, l'ébauche hépatique qui ne devait plus, d'après la théorie classique, former que du foie, après avoir donné les deux renflements pancréatiques ventraux ordinaires, produit encore secondairement et tardivement du tissu pancréatique.

Ainsi, chez le Bœuf, il existe trois pancréas accessoires le long du cholédoque ; chez le Mouton, il s'en développe toute une série dont la majeure partie s'atrophie plus tard (M. Laguesse).

J'en ai trouvé également toute une série chez le Rat, et c'est ce travail qui a servi, pour ainsi dire, de préface à ma thèse.

La valeur du bourgeon hépatique est, par conséquent, plus grande qu'on ne le pensait primitivement, puisqu'il peut se former des ébauches pancréatiques aux dépens mêmes de l'épithélium du cholédoque, chez l'embryon.

Modèle en cire des bourgeons pancréatiques

Ce modèle, présenté au Congrès de Liège, et construit par reconstitution des coupes sériées, montre dix bourgeons secondaires, en voie de formation chez un embryon de Rat de quinze jours. Ces bourgeons naissent tout le long du cholédoque, depuis sa sortie du pancréas ventral (déjà assez largement soudé au dorsal et assez développé) jusqu'à sa division en canaux hépatiques au hile du foie (fig. 21).

Le canal pancréatique dorsal existe encore, mais commence à s'atrophier.

Bourgeons pancréatiques accessoires tardifs

(Thèse de Doctorat 1904)

Dans l'introduction, je rappelle rapidement le mode de développement du pancréas dans la série des vertébrés : il y a trois ébauches : une dorsale et deux ventrales.

Ces travaux ont été analysés de divers côtés ; mais j'insiste surtout sur une autre série de faits intéressants, s'écartant de cette description aujourd'hui classique, et sur lesquels on a fort peu insisté jusqu'ici. Il s'agit de la présence de pancréas accessoires, supplémentaires et souvent inexplicables par ce que nous savons des trois ébauches primitives.

Ces pancréas accessoires sont de petites masses glandulaires, de volume assez variable, situées le long du tube digestif, non seulement dans les parois du duodénum, mais dans celles du jéjunum, de l'iléon et même dans l'estomac. Ils siègent à la fois dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse. Cités, pour la plupart, dans des travaux d'ensemble, par Ahlfeld, Schirmer, Duparc, Schieffer, dans Debierre, ces cas ont été observés par Klob, Gegenbaur, Wagner, Schirmer, Glinski, Duparc dans l'estomac; par Van Gieson, Letulle, Gandy et Griffon, Völker, dans le duodénum ; par Neuman, Hyrlt, Apollario, Albrecht, Reitman Karl, en d'autres points de l'intestin grêle, sur le jéjunum, l'iléon ou le diverticule de Meckel.

M. Wertheimer a trouvé, chez *le Chien*, en 1899, un petit pancréas accessoire, situé à quelques centimètres en arrière du pancréas principal sur l'intestin et conservé au laboratoire d'Histologie.

La plupart de ces cas semblent devoir se rapporter au développement de bourgeons accessoires, aberrants, sur divers points de l'épithélium du tube digestif. Il existe maintenant de grandes lacunes dans ces publications de pancréas accessoires.

D'autre part, peu d'auteurs ont examiné d'une façon systéma-

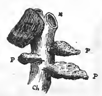


Fig. 22. — Dessin d'après Cl. Bernard
Trois petits pancréas P le long du cholédoque Ch, près du foie F chez le Bœuf.

tique le canal cholédoque. Ce sont pourtant les pancréas supplémentaires qu'on y trouve qui ont particulièrement attiré notre attention ; ce seront les seuls auxquels nous nous arrêterons ici.

Poinsot signale la présence, chez le *Bœuf*, de petits canaux pancréatiques accessoires, venant se jeter dans le canal cholédoque, vers son point d'union avec le cystique. Le nombre de ces canaux oscille entre 1 et 4. Qu'on en trouve 1, cela est facile à expliquer : ce serait un canal de Wirsung (bourgeon pancréatique ventral persistant). Deux s'expliquent encore par la persistance de deux bourgeons ventraux ; mais quatre semblent obliger à penser à des bourgeons supplémentaires.

Cl. Bernard signale la disposition décrite par son élève Poinsot. « On voit, dit-il, qu'il y a toujours (chez le bœuf) des canaux pancréatiques qui viennent s'ouvrir dans le cholédoque ; les dispositions anatomiques peuvent varier ». Le cas le plus fréquent (fig. 22) montre trois petits pancréas au voisinage du foie ;

sur une autre pièce (fig. 23), on voit, au même point, deux pancréas surnuméraires : un petit, un autre assez volumineux. Ces pancréas s'ouvrent dans le cholédoque, tantôt par des conduits extrêmement ténus, tantôt par des conduits volumineux. Le cholédoque contient même parfois, dans l'épaisseur de sa paroi, des plaques glandulaires pancréatiques.

Cette observation est pour nous d'un grand intérêt.

Cl. Bernard n'a pas insisté sur la valeur anatomique de ces pancréas accessoires, leur présence lui servait simplement à démontrer victorieusement que le suc pancréatique peut arriver à

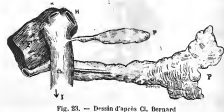


Fig. 23. — Dessin d'après Cl. Bernard

Deux petits pancréas accessoires plus développés le long du cholédoque chez le Bœuf.

l'intestin par une autre voie que le canal pancréatique principal.

M. Laguesse a suivi, chez le *Mouton*, le développement de toute une série de diverticules naissant tardivement sur le cholédoque et dont la majeure partie semble s'atrophier plus tard, quelques-uns persistant sous forme de glandules pancréatiques accessoires. Il nous a signalé une autre espèce animale chez laquelle il semblait, à priori, qu'il dût exister quelque chose d'analogue.

En effet, M. Ranvier a noté, chez le *Rat*, l'existence de toute une série de canaux pancréatiques venant déboucher dans le canal hépatique. C'est de cette observation, faite chez l'adulte, que je suis parti pour entreprendre ce travail et chercher l'origine de ces canaux, chez l'embryon.

Dans un premier chapitre je donne la bibliographie du développement du pancréas chez le Rat.

Dans le second, je parle des matériaux employés et de la technique suivie.

Dans le troisième, j'expose mes recherches personnelles sur le développement du pancréas dans une série d'embryons.

Enfin, je termine par un essai d'interprétation.

Il m'a fallu plusieurs années pour réunir les différents stades du développement.

Les embryons, fixés avec soin, ont été, pour la plupart, colorés en masse au carmin boracique. D'autres, fixés au Flemming, étant peu colorables en masse, les coupes ont dû subir une série de manipulations plus longues et plus minutieuses et ont été colorées sur lames à l'hématoxyline au fer.

La plupart des embryons ont été débités, par moi, en série au 1/133e de millimètre.

Pour se faire une représentation matérielle suffisante des formes de la glande dans l'espace, les coupes en série ne suffisent pas toujours : l'on est alors amené à faire une reconstitution de ces objets, au moyen des aspects présentés par les différentes coupes d'une série.

La méthode de Born, de Breslau, méthode assez longue, nécessitant de la peine et du temps, est une des meilleures : c'est elle que j'ai employée pour mes reconstructions en cire, avec quelques modifications en usage au laboratoire.

Résumé des recherches personnelles

a) Aux premiers stades du développement, *chez les embryons de 11 jours et chez celui de 12 jours* principalement, on trouve, comme chez tous les vertébrés, trois ébauches (fig. 24, fig. 25) :

1° une ébauche dorsale,

2° deux ébauches ventrales, mais l'une d'entre elles, la gauche, est ici en voie de régression.

b) Phénomène important : *au quinzième jour*, chez l'embryon, apparaissent une série de bourgeons pancréatiques accessoires



Fig. 26. — Embryon de 18 jours
Coupe transversale montrant le petit pancréas dorsal (*Vérick — Chambre claire Leitz. — Objectif 2*) Réduction 1/2.
I., duodénum ; ch., cholédoque ; S, canal de Santorini ; pd, pancréas dorsal ; P acini pancréatiques ventraux et accessoires.

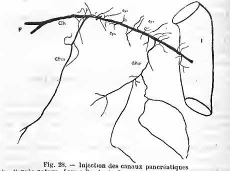


Fig. 28. — Injection des canaux pancréatiques
Dessin d'après nature. *Loupe Reichert Oc. 6. Chambre claire*) Réduction 1/2.
I, duodénum; Ch, cholédoque; F, Région où le canal sort du foie; CP ca, canal pancréatique ventral caudal; CP cr, canal pancréatique ventral crânial. Les autres canaux sont les accessoires (Cpa)

tardifs, nés du cholédoque, ainsi que le montre le modèle en cire.

c) Ces bourgeons non seulement ne s'atrophient pas, mais leur nombre va encore en augmentant chez les *embryons plus âgés, de 16, 18, 19, 20 et 21 jours* (fig. 27).

d) *Chez l'adulte*, il existe de ce fait une cinquantaine de pancréss débouchant tous indépendamment dans le cholédoque: les deux plus volumineux sont formés: l'un, le plus gros, par la fusion de l'ancien psncréss dorsal (dont le canal s'est atrophié peu à peu) (fig. 26) avec le psncréas ventral caudal ; l'autre, le plus petit, par le pancréas ventral crânial (fig. 28).

Les pancréas accessoires sont généralement petits (fig. 29, 30 et 31); quelques-uns pourtant ont des dimensions assez voisines de celles du pancréas ventrsl crânial.

INTERPRÉTATION

a) Cette disposition anatomique est remarquable ; le bourgeon hépatique produisant tardivement et secondairement du tissu pancréatique, alors qu'il ne devait plus donner que du foie.

b) Il existe donc des relations très étroites entre les deux grosses glandes abdominales : la communauté d'origine est encore plus intime qu'on ne le croyait jusqu'ici. La démonstration faite par **Dastre**, **Chauveau** et **Kaufmann**, que les secrétions pancréatique et hépatique sont complémentaires l'une de l'autre (aussi bien les sécrétions externes que les secrétions internes) et les recherches de **M. Laguesse** sont autant d'arguments sérieux en faveur de l'hypothèse d'un hépato-pancréas, et je n'ai fait en somme qu'apporter à cette hypothèse séduisante et vraisemblahle, un argument embryologique nouveau.

c) Peut-être peut-on expliquer ainsi certains pancréas accessoires, jusque chez l'homme, bien que, dans la hibliographie, je n'aie pas trouvé trace d'organes de ce genre occupant pareille situation. Enfin, je ne serais pas étonné de trouver un jour de ces petits pancréas accessoires jusque dans le tissu du foie, c'est-à-dire sur les canaux hépatiques

d) Les cryptes ou invaginstions épithélisles, que l'on trouve

sur les voies pancréatiques, peuvent être rapprochées des bourgeons accessoires tardifs du cholédoque.

Ces cryptes, communes aux voies pancréatiques et biliaires, représentent très probablement les dernières poussées des bourgeons hépato-pancréatiques, capables de donner encore au besoin du tissu hépatique ou pancréatique.

Pancréas accessoire chez un Singe.

Ayant eu à ma disposition un embryon de Macaque *(cercocebus cynomologus)*, venant du professeur Hubrecht, d'Utrecht, j'ai cherché s'il n'y avait pas le long du canal hépatique primitif, quelques bourgeons pancréatiques accessoires tardifs, analogues à ceux décrits dans ma thèse.

Comme il faut toujours le faire dans les études embryologiques précises, j'ai dessiné toutes les coupes passant par la région pancréatique et j'ai fait ensuite une reconstruction en cire.

Sur le modèle en cire ainsi obtenu (fig. 32), entre le foie et la région où le pancréas ventral se jette dans le canal hépatique (mais très près du pancréas ventral et formant avec le point d'abouchement de celui-ci dans le cholédoque un angle droit), j'ai observé un petit bourgeon pancréatique accessoire, mesurant environ 120 μ.

Il est remarquable de trouver un pancréas accessoire, le long du cholédoque, chez un animal beaucoup plus élevé en organisation et voisin de l'Homme.

Grains de Claude Bernard et trypsinogène.

Une révision des travaux d'histophysiologie du pancréas semble nécessaire actuellement. Toutes les recherches d'histophysiologie étaient basées sur l'activité ou l'inactivité constatée des macérations ou du suc recueilli. Or, on nous dit maintenant que ce suc, aseptique, *doit toujours être inactif* en l'absence d'une kinase entérique, leucocytaire ou microbienne, et que son inactivité ne prouve nullement qu'il ne contient pas de trypsine. Si une faible addition d'entérokinase lui donne un pouvoir protéolytique bien évident,

Explications des Planches III et IV

Lettres communes à toutes les figures

F	Foie.
I	Duodénum.
Ch	Cholédoque.
p v	Pancréas ventral.
p d	Pancréas dorsal.
c p v cr	Canal pancréatique ventral crânial.
c p v ca	Canal pancréatique ventral caudal.
bg pa	Bourgeon pancréatique accessoire.
c p a	Canal pancréatique accessoire.
a p	Acini pancréatiques.
I Lg	Ilot de Langerhans.
E	Estomac.
R	Rate.

Planche III.

Fig. 21. — Embryon de 15 jours. — *Schéma.* Les masses dorsale et ventrale ont été détachées pour bien montrer les deux canaux pancréatiques ventraux caudal et crânial et les dix bourgeons pancréatiques accessoires (en pointillé).

Fig. 24. — Embryon de 12 jours. — Coupe transversale (*Verick. Chambre claire Leitz. Objectif* 2). Réduction 1/2. — Intestin moyen avec les ébauches pancréatiques dorsale et ventrale : leurs rapports avec les organes voisins. — TN : tube nerveux; C, corde dorsale; Ao, aorte; COE, coelome : Vom, veines omphalo-mesentériques droite et gauche; Vo, veines ombilicales droite et gauche; I, intestin; Pd, pancréas dorsal; Pv, épaississements pancréatiques ventraux; F, foie; C), cœur; MS, membre supérieur.

Fig. 25. — Embryon de 14 jours. — *Dessins à la chambre claire Leitz. Obj Verick 5.* Reconstruction plastique du bourgeon ventral unique bilobé. Dessiné à l'aide du prisme. Le modèle en cire est réduit de 1/3.

Fig. 27. — Embryon de 18 jours. — Reconstruction plastique d'une portion du cholédoque, avec pancreas accessoires situés entre le canal pancréatique ventral crân al et le duodénum. *Dessins à la chambre claire de Leitz. Obj. Verick 6.* Le modèle en cire est réduit au tiers.

Fig. 29. — Embryon de 15 jours. — Disposition des cellules montrant comment apparait : 1° Un bourgeon accessoire déjà assez développé.

Fig. 30. — 2° Un bourgeon accessoire plus jeune. *Dessin à la chambre claire Leitz. Obj. Verick6.*

Fig. 31. — Embryon de 18 jours. — Coupe transversale d'un petit pancréas accessoire : les acini sont remplis de grains de zymogène, principalement vers la région apicale; on aperçoit un îlot de Langerhans. *Chambre claire Leitz. Obj. Verick 6.*

Fig. 32. — Embryon de singe. — Petit pancréas accessoire sur le cholédoque.

Planche IV.

Fig. 1. — Embryon de 17 jours. — *Objectif 2. Chambre claire Leitz.* Coupe d'ensemble montrant les deux traînées pancréatiques; l'une comprise dans l'anse duodénale, l'autre se dirigeant vers la rate. Dessin réduit de moitié.

Fig. 2. — Même embryon. — *Obj. 2,. Ch. claire Leitz.* Coupe d'ensemble où l'on ne voit plus qu'une section transversale du duodénum et où l'on aperçoit le canal pancréatique ventral caudal se dirigeant vers la rate. Dessin réduit de moitié.

Fig. 3. — Adulte. — Dessin d'après nature. *Loupe Reichert, Oc. N° 6. Ch. claire Leitz.* Dessin réduit de moitié. Pancreas avec leurs canaux injectés. Le lobe splénique a été sectionné près de son origine.

Fig. 4. — Adulte. — Même dessin considérablement réduit pour montrer le pancréas au complet, avec un lobe splénique allant vers la rate.

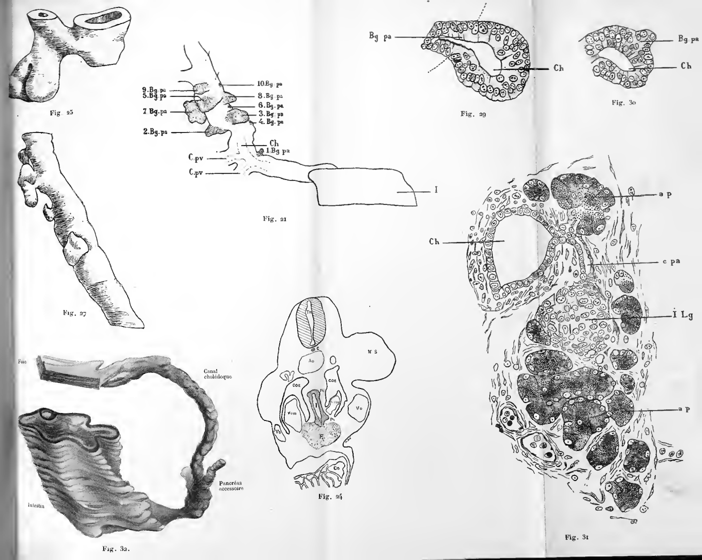


Fig. 25

Fig. 21

Fig. 29

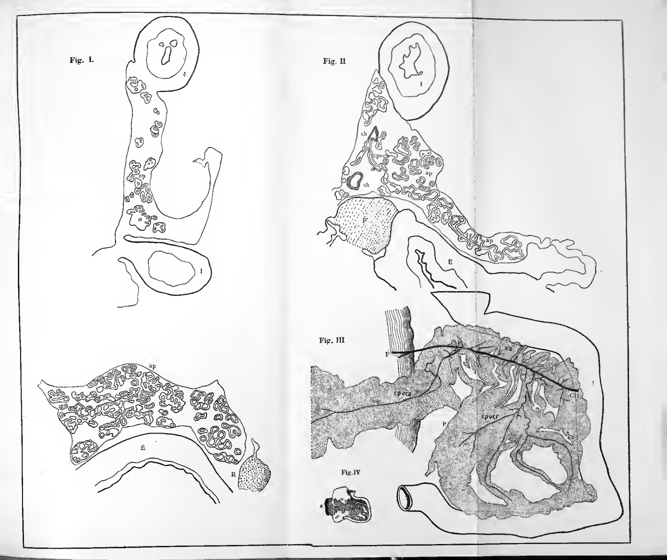
Fig. 30

Fig. 27

Fig. 24

Fig. 31

Fig. 32.


Fig. I.
Fig. II
Fig. III
Fig. IV
ap
ch
cpvca
F
E
I
R
ca
spvca
spvcr
P
CH

c'est que cette trypsine y existait déjà, mais à l'état inactif. Et dès lors, le zymogène d'Heidenhain *(trypsinogène)* n'existerait plus, il n'y aurait que de la « trypsine inactive » (Delzenne).

Existe-t-il davantage le zymogène dans les grains de Cl. Bernard, situés, comme on le sait, dans la partie apicale de la cellule pancréatique. Le grain mûr pourrait en effet être formé déjà de trypsine inactive. C'est peu vraisemblable, car le broyage dans l'acide acétique étendu, qui dissout les grains, devrait donner presque instantanément les extraits les plus actifs (après addition de kinase), ce qui n'est pas.

Au contraire, il n'est pas absolument impossible qu'il ne contienne pas plus de trypsine ou de préférment que d'amylase.

Le grain de Cl. Bernard qui a paru un instant contenir sûrement les trois ferments associés du pancréas, est donc peut-être réduit au seul trypsinogène. Nous venons de voir que cette donnée même n'est plus, à l'heure actuelle, aussi absolument inattaquable qu'elle en avait l'air et que de nouvelles études sont nécessaires pour la confirmer.

Les îlots endocrines du pancréas de l'Ane

Déjà avec mon maître, M. Laguesse, j'avais montré à Bordeaux, en 1906, des préparations du pancréas d'un Ane, abattu au laboratoire d'anatomie pour les recherches de la thèse du regretté Romignot (Du rôle de la compression active dans la localisation des tendons, 1902).

Ce pancréas nous a paru assez intéressant pour qu'il fût utile d'y revenir un peu plus longuement et nous avons consacré quelques mois à cette étude.

Voici le résumé de nos observations exposées tout au long dans la Bibliographie anatomique :

1° Les *cavités sécrétantes* du pancréas de l'Ane sont tubuleuses, allongées, ramifiées (fig. 33).

2° Les *îlots endocrines* sont de taille moyenne, très souvent anguleux ou étoilés. Ils sont surtout caractérisés par leurs *cordons unistratifiés* (fig. 34), et par la présence à peu près cons-

tante d'une seconde variété de cordons plus rares, élargis, en voie de dégénérescence. Ils ne paraissent pas évoluer rapidement et en bloc, mais être de longue durée, s'accroître sans cesse à la péri-



Fig. 33. — Un petit îlot du pancréas, représenté en totalité, et entouré de toutes parts de cavités sécrétantes *ac*, *ac*. *co*, cordons ordinaires fortement rétractés, et vus coupés en long très obliquement ; *v*, vaisseau capillaire ; un autre plus haut est coupé en travers et les cellules du cordon s'irradient autour de lui ; *ce*, cordon élargi formant une masse d'aspect syncytial et grumeleux (alcool, safranine base, picro-noir, naphtol. — Obj. 7, ch. cl. ocul. de Leitz).



Fig. 34. — Portion d'îlot montrant un long cordon unistratifié, biburqué à son extrémité supérieure. *V*, *v*, vaisseaux capillaires avec hématies; — à la périphérie, continuité en plusieurs points avec les acini (sublimé saturé salé, orangé. — Zeiss. Obj. ap. imm hom. 3 mm.; ch. cl. oc. de Leitz).

phérie et reconstituer des cavités sécrétantes par une série de transformations plus ou moins périodiques et relativement soudaines de la partie de leur substance qui est passée peu à peu à l'état de cordons en dégénérescence.

3° Comme l'un de nous l'a montré ailleurs, la largeur des cordons de cellules dans l'îlot de Langerhans paraît liée surtout aux dispositions du réseau capillaire dans une espèce donnée. Là où il est relativement moins serré, les cordons peuvent être si

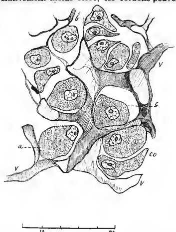


Fig. 35. — Portion d'îlot montrant quelques mailles polygonales régulières formées par les vaisseaux, *v*.
En *a*, *b*, *c*, trois cordons coupés en travers et représentés par une seule cellule discoïde ; les autres cordons (*co*) coupés obliquement, avec fort retrait de fixation, écartant les cellules les unes des autres et les cordons des vaisseaux (alcool, safranine, picro-noir, naphtol. — Zeiss. Obj. ap. imm. 1,5 mm. ; ch. cl. ocul. de Leitz).

courts et si larges que l'îlot devienne une masse compacte, creusée seulement de quelques tunnels ; là où il est constitué de mailles polygonales étroites et serrées, il n'y a plus place, entre deux capillaires voisins, que pour une rangée unique de cellules. C'est ce qui arrive ici (fig. 35).

4° L'îlot paraît ainsi, à première vue, égréné en petits amas cellulaires contenus chacun dans une maille, au milieu de laquelle il est fortement rétracté. On le croirait d'abord dans une logette close, c'est en faisant varier la vis qu'on voit soudain disparaître un des capillaires de clôture, et le cordon contenu se continuer avec celui de la maille voisine.

5° Les rapports de continuité des îlots (tissu endocrine) avec le parenchyme exocrine sont ici de toute évidence. Chaque îlot, suivi en coupes sériées, montre de nombreux points de continuité avec les cavités sécrétantes voisines. On en trouve sur chaque coupe d'îlot.

On trouve ainsi des cavités sécrétantes allongées dont une des moitiés latérales est transformée en cellules endocrines ou cellules d'îlots, d'autres dont il ne reste plus qu'une calotte terminale, coiffant l'extrémité d'un cordon.

VI

DIAPHRAGME

Développement du pilier du Diaphragme

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur KEIBEL, de *Fribourg-en-Brisgau*, j'ai pu étudier quelques détails sur la formation du diaphragme et mes recherches ont porté sur un embryon de *Tarsius spectrum* (*Primates*).

D'après la reconstruction en cire que j'ai faite, le pilier dorsal ou de USKOW est la continuation directe du corps de WOLFF et non un pli de la portion médiane du corps de WOLFF.

Nous devons en conclure que le pilier dorsal est toujours en rapport avec le corps de WOLFF, mais il peut exister deux processus différents :

1° Le pilier dorsal est la continuation directe du corps de WOLFF (par exemple : *Tarsius*).

2° Le pilier dorsal est formé par un pli de la face interne du corps de WOLFF, dont la continuation directe contient la veine cardinale inférieure (*Homme, Rat*).

VII

SYSTÈME NERVEUX

Sur la présence de cellules dans les ébauches des racines antérieures des nerfs

La question du neurône est toujonrs à l'ordre dn jonr, en anatomie et en pathologie. Dans l'etat actuel de la Science, il serait prématuré de se prononcer en faveur de telle ou telle théorie : il semble que la séduisante conception du neurône ne saurait cependant subsister dans l'absolutisme de sa forme première.

Je n'ai pas l'intention, dans cette étude, de résoudre ce problème, je veux seulement exposer rapidement les résultats de quelques premières observations faites sur des embryons, appartenant à des classes différentes de Vertébrés, et offrant des dispositions très dissemblables, tout en me proposant de revenir plus tard sur la question, au fur et à mesure que le nombre d'embryons examinés sera plus grand. C'est en effet par l'embryologie qu'il faut essayer de résoudre ces questions et se baser sur des observations nombreuses. C'est, par conséqnent, une étnde longue et minutieuse.

Rappelons simplement, à ce propos, les diverses opinions émises :

Selon la théorie classique, dite aujourd'hui *théorie du neurône*, His, Kölliker considèrent les racines nerveuses ventrales et le nerf qui leur fait suite comme formés par des prolongements fibrillaires des cellules centrales, les neuroblastes de His.

Pour d'autres auteurs *(théorie caténaire)*, les fibres nerveuses se forment aux dépens d'une chaîne de cellules, à telle enseigne que Balfour dit ne pas comprendre comment on peut nier l'origine pluricellulaire des fibres nerveuses chez les Sélaciens. Mais

les avis restent très partagés, puisque Retzius, d'autre part, ne comprend pas comment on peut nier l'origine unicellulaire des racines.

Si nous nous en tenons aux travaux les plus récents, nous voyons que les deux opinions sont défendues avec une égale opiniâtreté par Brachet, Kölliker, Lenhossek, Kohn.

En dehors de la question du développement des fibrilles qui ne peut être étudiée qu'avec une certaine difficulté, les auteurs différents s'attachent surtout à la présence ou à l'absence, dans les racines, aux premiers stades du développement, de cellules pouvant donner naissance à ces fibres. Si, en effet, la racine ou le nerf jeune tout entier ne sont constitués au début que de fibres, prolongements des éléments de la moelle et non de cellules, la théorie caténaire est fausse. Si, au contraire, dès l'origine, le trajet du nerf est indiqué par une file de cellules provenant de la moelle ou d'une autre partie de l'ectoderme, il y a grande chance que, de ce fait, les cellules contribuent à la formation des fibres. Aussi, parmi les observateurs, les uns s'attachent à montrer, dans la première ébauche du nerf, la présence de cellules, les autres, leur absence ou si l'on préfère leur pénétration très tardive dans la racine, à une époque où les fibres sont déjà constituées.

Ainsi : Brachet (1905), sur des embryons de 13 mm. de *Spinax niger (Sélaciens)*, constate de petits groupes cellulaires sortant de la moelle, au niveau de son pourtour ventro-latéral.

Pour Kölliker, au contraire (1905), les fibres nerveuses viennent de cellules du névraxe et non du développement d'une chaîne cellulaire, les premières ébauches des racines sont exclusivement fibrillaires.

Harrison (1904), un partisan convaincu de His, fait dériver de bourgeons ganglionnaires les groupes cellulaires observés au contact de la moelle.

Kohn (1905), qui a observé des ganglions de Lapin, ne voit pas de cellules sortir de la moelle ; mais, aux dépens du ganglion, se forme un cordon de cellules, d'origine ectodermique, par conséquent, qui se place au contact de la moelle et engendre, en cette région, grâce à une karyocinèse abondante, de nombreux éléments cellulaires.

Lenhossek (1906), quoique totalement partisan de la théorie de His, regarde les cellules de Schwann qu'il appelle « Lemmoblastes » comme descendant des bourgeons ganglionnaires et dessinant d'une façon précoce le trajet des futures racines ventrales. Ces groupements cellulaires sont traversés par des fibrilles naissant de cellules de la moelle.

Un fait nous a frappé en lisant ces auteurs, c'est qu'ils s'appuyaient sur la description de vertébrés appartenant à des classes différentes et que peut-être le processus diffère dans ses modalités, suivant les classes considérées.

Le laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine possède une collection d'embryons de Vertébrés divers, collection déjà assez étendue et que M. le Professeur Laguesse a mis à notre disposition pour nos recherches. Nous avons pensé que nous ne devions pas laisser ces documents inutilisés. A défaut de recherches précises sur l'histogénèse de la fibre que ne nous permettaient pas les méthodes de coloration employées, nous pouvions au moins vérifier un point. Sort-il bien réellement du tube médullaire des chaînes de cellules chez les Sélaciens ? Pouvons-nous retrouver cette sortie d'éléments chez les Reptiles et chez les Mammifères? Nous devons ajouter de suite que, chez les Mammifères, nous n'avons pas trouvé de formations semblables ; il faut dire, à la vérité, que le nombre d'embryons examinés dans cette série ne fut pas très élevé et que presque tous étaient déjà trop âgés.

A. Chez les Sélaciens, nous avons pu étudier successivement des embryons d'*Acanthias* de 8 mm, de 8 mm 1/2, de 9 mm., 11 mm, 13 mm, 19 mm. et 23 mm.

Voici le résumé de nos observations :

1° *A un stade où il n'y a pas encore de neuroblastes différenciés et où il n'existe aucune trace de racine ventrale, il est bien vrai qu'on peut voir des cellules émigrer dans le mésenchyme ambiant* (fig. 36).

2° *Cette émigration cellulaire n'est constatable que sur des embryons jeunes, de 8 mm. par exemple ou encore dans la région caudale d'embryons plus âgés.*

3° *L'origine médullaire, c'est-à-dire ectodermique de ces cellules est incontestable.*

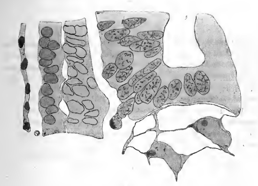


Fig. 36. — Embryon de 8 mm. — On voit de la moelle sortir, sous forme de larmes deux ou trois cellules situées entre la chorde dorsale, sous-jacente à la moelle, et la protovertèbre.



Fig. 37. — EMBRYON D'OPHIDIEN. — Au milieu du mésenchyme, petite massette plus teintée, reliée à la moelle par deux ponts fibrillaires.

B. Chez les REPTILES, nous ne voyons rien sortir de la moelle. *Entre la moelle et le ganglion rachidien, venant au contact du néoraxe, mais ne se confondant jamais avec lui, apparaît une petite massette qui est composée différemment suivant les trois stades que nous avons étudiés* (fig. 38).

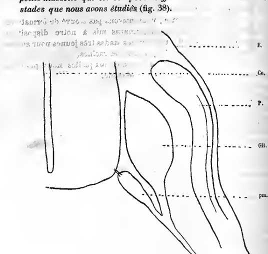


Fig. 38. — Schéma montrant les relations de la petite massette, *p m*, avec le ganglion rachidien; *GR* et la moelle; *P*, protovertèbre; *E*, ectoderme; *Ce*, canal de l'épendyme.

La petite massette cellulaire naît à un stade très précoce du ganglion rachidien et se met secondairement en rapport avec la moelle, par des amarres fibrillaires venues des neuroblastes médullaires (fig. 37).

Ainsi, tant chez les **Ophidiens** que chez les **Sélaciens**, les

groupes de cellules préexistant aux racines antérieures des nerfs sont d'origine ectodermique, mais, chez les uns, ils viennent du ganglion rachidien et se rattachent, d'une façon secondaire, à la moelle par quelques amarres fibrillaires ; chez les autres, ils viennent directement de la moelle.

Chez les **Mammifères**, nous n'avons pas trouvé de formations semblables. Les **embryons humains** mis à notre disposition étaient trop âgés et il faut avoir des stades très jeunes pour suivre les premiers détails de l'apparition des racines.

Ce sont là les seules conclusions auxquelles nous pouvons aboutir pour le moment dans cette étude.

VIII

CANCER. SYPHILIS
CORPS ÉTRANGER ŒSOPHAGIEN

Cancer du sein traité par les rayons X.

Traité par les rayons X : la tumeur, enlevée ensuite chirurgicalement, me fut remise quelque temps après l'ablation. Elle avait été fixée grosso modo au formol, c'est-à-dire mal fixée. Pour le traitement radiothérapique, la tumeur avait été divisée en deux portions symétriques par un trait au nitrate d'argent, la portion externe ou axillaire seule avait été traitée.

L'examen microscopique prouve l'existence de lésions de carcinome dans la portion non traitée. Dans la portion traitée, trois fragments ont été pris et j'ai constaté :

1° Une desquamation épithéliale qui n'existait pas aussi nette du côté non traité ; 2° une coloration moins vive des noyaux, rien de plus.

Toutes ces coupes ont été faites dans les mêmes conditions ; elles ont été colorées, le même jour, avec les mêmes colorants ; Hémalun — Van Gieson.

Les caractères histologiques différents ne permettent pas, dit M. le professeur CURTIS, de tirer une conclusion précise.

Ce qu'il faudrait pour ces études cytologiques, c'est, avant tout, une bonne fixation ; il faudrait des fragments de quelques millimètres d'épaisseur, fixés au Flemming, par exemple, aussitôt après l'intervention. Ces fixations permettraient seules des recherches ayant quelque valeur ; car il serait possible de trouver les différences que nous avons constatées dans deux portions distinctes d'une même tumeur.

Cancer de l'œsophage, rétrécissement du larynx et de la trachée par des masses ganglionnaires

Le malade, mort la veille dans le service de M. le professeur Folet, présentait un cancer de l'œsophage relativement peu avancé, mais ayant donné lieu à de volumineuses adénopathies prélaryngiennes et pétrachéales. De gros ganglions ramollis, dont un est ouvert dans la trachée, comprimaient fortement celle-ci, le larynx et l'œsophage peu rétrécis par le néoplasme lui-même. L'histoire clinique de ce malade est des plus intéressantes.

Au niveau de la partie laryngienne du pharynx, on note la présence d'une région irrégulièrement arrondie, déchiquetée sur les bords, de trois à quatre centimètres d'étendue, ramollie, ulcérée, et fongueuse. Cette tumeur n'est pas unique. Plus bas, sur l'œsophage, se trouve une zone cicatricielle, sclérosée, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Entre les deux, un ganglion, gros comme un œuf de poule, se trouve dans les parois de l'œsophage ; cè ganglion est adhérent à la carotide, au tronc brachio-céphalique, au pneumo-gastrique et s'étend à peu près jusqu'à la crosse de l'aorte ; il dévie latéralement la trachée artère et, perforant sa paroi postérieure, vient faire hernie dans sa lumière, rétrécissant encore son calibre. Cette portion ganglionnaire intra-trachéale a la grosseur d'une noisette.

Histologiquement, il s'agit, suivant M. le professeur Curtis, d'un épithélioma pavimenteux lobulé, d'après les coupes que je lui ai montrées.

Syphilis du larynx

La nuit de son entrée à l'hôpital, l'enfant, un bébé de seize mois, ayant présenté une crise de suffocation, fut trachéotomisé par moi. Le diagnostic de syphilis ne fut posé qu'après l'intervention. A ce moment-là seulement, on aperçut des plaques muqueuses anales. Le diagnostic est toujours très difficile : a-t-on affaire à une syphilis héréditaire, comme l'a décrit Sevestre, ou

bien à une hyperplasie totale de la muqueuse donnant un larynx fibreux ? Il s'agit là très probablement d'un cas de syphilis laryngé secondaire, accident très rare à cet âge. Au moment de la trachéotomie, la muqueuse fit saillie, comme s'il s'agissait d'un papillome.

Soumis au traitement spécifique, l'enfant guérit rapidement.

Tumeur de la parotide

La photographie montre une tumeur piriforme, mamelonnée, irrégulière. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'une tumeur mixte, très complexe : c'est un épithélioma dont la trame conjonctive est infiltrée de tissu chondromateux et myxomateux.

Corps étrangers de l'œsophage
Œsophagoscopie

1. L'intérêt de cette observation vient de la difficulté que l'on a eue d'extraire de l'œsophage un crochet de Kirmisson qui y était descendu à la recherche d'un sou. Ce n'est que sur la table à radiographie et après des tentatives nombreuses et pénibles que l'on put enfin arriver à extraire sou et crochet. On voit que l'accident reproché au panier de Graefe peut se produire également avec le crochet. Nous avouons que c'est la première fois que nous avons rencontré semblable difficulté.

2. En collaboration avec mon maître, M. le Professeur agrégé Gaunier, nous décrivons le manuel opératoire et les indications de l'œsophagoscopie.

IX

VOYAGE UNIVERSITAIRE A LONDRES

(Rapport)

Le Conseil de l'Université de Lille m'ayant fait le grand honneur de me désigner pour suivre les cours de vacances à l'Université de Londres, j'ai profité de mon séjour en Angleterre pour étudier le fonctionnement de quelques cliniques et de quelques laboratoires de l'Université, pour examiner et étudier à loisir les magnifiques collections que la ville de Londres possède dans ses musées ou dans ses collèges. Il m'a fallu de nombreuses journées pour examiner les richesses contenues dans l'immense musée du Collège des chirurgiens.

J'ai visité successivement les douze Collèges de médecine qui possèdent chacun une certaine autonomie ; chacun possède aussi ses professeurs, ses laboratoires, ses salles de dissection, ses musées, sa bibliothèque.

J'ai vu en détail la plupart des musées et j'ai donné le compte-rendu de cette visite dans mon rapport publié dans l'*Écho médical du Nord*.

TABLE DES MATIÈRES